

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYPHILIDES ULCÉREUSES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 juillet 1896, à 3 heures

PAR

Victor HUTH

Né à Audincourt (Doubs), le 20 novembre 1870

Examineurs : { MM. DEMANGE, président.
SIMON, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ZULGIEN, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0042

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYPHILIDES ULCÉREUSES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 juillet 1896, à 5 heures

PAR

Victor HUTH

Né à Audincourt (Doubs), le 20 novembre 1870

Examineurs : { MM. DEMANGE, président.
SIMON, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ZILGIEN, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyen honoraire : M. TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O , I , COZE , I ,
HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM,  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS,  , I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I  , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A  , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I  , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A  , professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I  , ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A  , ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A  , ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A  .	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A  .	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A  .	FROELICH.	
ÉTIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN , I , ROHMER, I , VAUTRIN, A ,
REMY, A , P. PARISOT, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEMANGE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉVRIER

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Dans le cours de l'hiver dernier, alors que nous suivions, à la Maison de secours, la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, notre attention fut attirée par un malade, dont le visage était criblé de syphilides ulcéreuses qui avaient complètement détruit le nez. M. le professeur agrégé Février, à qui nous demandâmes de vouloir bien nous indiquer un sujet de thèse inaugurale, nous engagea, bien que le sujet ne fût pas nouveau, à entreprendre l'étude de cette variété de syphilides.

Notre maître avait pensé à restaurer, par la rhinoplastie, le nez de ce malade, mais la mort survenue brusquement par le fait d'une hémorrhagie cérébrale, ne permit pas de tenter les chances de cette opération.

Voici le plan que nous nous proposons d'adopter :

Après un premier chapitre consacré à l'historique de la question, nous étudierons successivement la symptomatologie des syphilides ulcéreuses, leurs complications, leur étiologie, leur diagnostic, leur pronostic, puis nous donnerons quelques observations, et enfin le dernier chapitre sera consacré au traitement.

Mais avant d'entreprendre ce modeste travail, nous nous faisons un devoir d'adresser nos remerciements à M. le professeur agrégé Février pour les conseils si bienveillants qu'il nous a donnés.

Que M. le professeur Demange veuille bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons enfin nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté.

CHAPITRE I^{er}

Historique.

Que la syphilis ait existé dès la plus haute antiquité, ou que son apparition en Europe date seulement de la découverte de l'Amérique, il est certain que l'on ne s'en occupa qu'à partir de la terrible épidémie qui ravagea l'Europe vers la fin du xv^e et le commencement du xvi^e siècles.

Dans l'antiquité, on trouve bien un passage de Marcellus Empiricus (*De medicamentis*, cap. xxxiv), où il est question d'affections ulcéreuses et serpigneuses du tibia « *ulcera tibiarum quæ intrinsecus serpunt.* »

Dion Chrysostome (*Orationes*, vol. II), semble également parler d'accidents syphilitiques quand il dit : « On dit qu'Aphrodite, pour punir les femmes de Lesbos, leur a envoyé une maladie des aisselles : eh bien, c'est ainsi que la colère divine a détruit le nez du plus grand nombre d'entre vous. » Mais cela ne ressemble en rien aux descriptions claires, précises, ne laissant lieu à aucun équivoque, que nous ont laissées les écrivains de l'épidémie du xv^e siècle. Les ulcérations serpigneuses décrites par Marcellus Empiricus, peuvent se rapporter à d'autres maladies que la syphilis, puisque les jambes sont le siège le plus habituel des ulcères de toute nature. Quant aux lésions du nez, décrites par D. Chrysostome, elles peuvent aussi bien être dues au lupus qu'à la syphilis.

Les auteurs de l'époque donnent les descriptions les

plus effrayantes de cette épidémie du xv^e siècle, qui débuta en Italie, à l'époque de l'invasion de Charles VIII et de là se répandit avec une extrême rapidité sur toute l'Europe.

La syphilis reçut alors les noms les plus divers. — Les Italiens lui donnèrent le nom de mal français, les Français le nom de mal napolitain. Fracastor lui donna le nom de syphilis qui lui est resté.

La mortalité produite par la syphilis, dans les premières années de son apparition, fut considérable. D'après toutes les descriptions, dans cette épidémie, les syphilides revêtaient de préférence la forme pustulo-crustacée et ulcéreuse.

Alexandre Benedictus (Anatomica - Venise, 1498), médecin de l'armée qui fut battue par Charles VIII, à Fornoue, s'écrie : « Venue de l'Occident, cette maladie surpasse en horreur, par son aspect affreux, la lèpre, l'éléphantiasis et toutes les autres maladies. »

Sabellicus, dans un livre paru en 1502, raconte qu'un nouveau genre de maladie commença à se répandre par toute l'Italie vers la première descente des Français, c'est-à-dire vers 1495. Après divers tourments, le corps était infesté de pustules qui, dégénérant en ulcères malins, le défiguraient excessivement.

Ph. Beroald écrivait en 1505 : « Elle (la syphilis) était caractérisée par des taches saillantes et énormes, par des pustules qui donnaient à la face et au corps un aspect hideux. »

On voit que toutes ces descriptions, quoique empreintes d'une légère exagération, se rapportent parfaitement aux descriptions que l'on donne aujourd'hui des syphilides malignes précoces.

D'après Jacques de Catanée (1505), les symptômes caractéristiques du mal français étaient, à cette époque : « Une éruption de pustules, d'excroissances hideuses répandues sur toute la surface cutanée, principalement au visage, et auxquelles succédaient de véritables ulcères constamment baignés d'une sanie ichoreuse et fétide, donnant lieu à des douleurs nocturnes cruelles avec formation de nodosités aussi dures que des pierres sur les membres et les articulations, en sorte que beaucoup de gens étaient réduits à un état de souffrance et d'impotence tel, que la mort eût été préférable. Le mal se propageait par contagion. Il commence par les parties génitales infectées pendant le coït. »

On voit que la description de Catanée s'applique parfaitement à une syphilis grave, rien n'y manque, et la contagion par le coït y est indiquée clairement comme cause de transmission de la maladie.

Bembo, dans son Histoire de Venise (1551), donne également une bonne description de la syphilis et des syphilides ulcéreuses qui, à elles seules, constituent presque toute la maladie à cette époque. « Les parties de la génération, dit-il, étaient ordinairement les premières atteintes ; il survenait ensuite des douleurs cruelles dans tout le corps, des taches et des pustules ulcéreuses sur toutes les parties du corps et principalement à la tête et au visage ; et, en différentes parties, des tubercules ou nodus gommeux qui s'ouvraient et s'ulcéraient. »

Nous arrivons enfin à Fracastor qui, dans son poème (livre II), décrit avec une grande précision, beaucoup de détails, et sous les couleurs les plus sombres, la maladie qui, à l'époque où son livre parut (1546), avait déjà perdu beaucoup de son intensité : « Il s'élevait ensuite,

dit-il, des pustules avec croûtes. Elles commencent chez les uns par attaquer la tête et c'est ce qui arrive le plus souvent ; chez d'autres, elles apparaissent ailleurs. D'abord très petites, elles augmentent peu à peu jusqu'à acquérir la grosseur d'une noisette. Elles sont semblables d'ailleurs aux croûtes de lait des enfants.

Chez quelques-uns, ces pustules étaient petites et sèches, chez d'autres, elles étaient grosses et humides. Elles s'ouvraient au bout de quelques jours et rendaient continuellement une grande quantité de liquide fétide et sanieux. Dès qu'elles étaient ouvertes, c'étaient autant de vrais ulcères qui consumaient non seulement les chairs, mais même les os. Quelques-uns perdaient les lèvres, d'autres le nez, les yeux, les pieds ou les mains. »

Plus loin il ajoute : « Nous avons souvent vu des malades dont les membres dépouillés de chair, n'offraient à la vue que des os hideux. Leur bouche, rongée par des ulcères, était devenue béante. Les os devenaient le siège de gonflements et de douleurs si violentes, que les malades ne pouvaient goûter de repos ni jour ni nuit... Après quelque temps de durée, ces symptômes conduisaient au marasme et la mort venait terminer ses tourments. »

Cazenave fait observer que si, à cette époque, la syphilis avait une gravité si grande, cela était dû aux déplacements fréquents d'armées considérables qui traînaient avec elles la licence la plus effrénée et semaient partout la débauche. De plus, il est probable que la syphilis était souvent compliquée d'autres maladies contagieuses telles que la morve, le typhus, et surtout la lèpre, maladies fréquentes à cette époque. Ces maladies, en venant compliquer la syphilis, en augmentaient encore la malignité.

La maladie ne conserva pas longtemps cette violence excessive. Selon Ulrich de Hutten, elle commença à diminuer d'intensité dès la septième année de son apparition, et seulement vers la vingtième année, d'après Fracastor, qui rapporte qu'à cette époque les éruptions syphilitiques devinrent plus rares et plus sèches. Les syphilides destructives de la peau sont également bien décrites par les auteurs du xvi^e siècle : « Le nez s'ulcère très fréquemment, dit J. de Vigo. »

Tous les auteurs du xvi^e, du xvii^e et même du xviii^e siècles, se bornent à désigner toutes les éruptions syphilitiques sous le nom générique de pustules.

Gaspard Torella, en 1498, distingue les pustules en pustules sèches et en pustules humides. Fallope qui suit son exemple, désigne les pustules sèches sous le nom de « *pustulæ sine ortice* » et les pustules humides sous le nom de « *pustulæ cum cortice* ». Fallope compare également la couleur des éruptions syphilitiques à la couleur chair de jambon.

On signale aussi à cette époque des « *pustulæ ostracoseæ* » dans lesquelles il n'est pas difficile de reconnaître notre ecthyma et notre rupia syphilitiques.

La syphilide tuberculeuse était probablement aussi fréquente et plus grave même au commencement du xvi^e siècle qu'aujourd'hui. Cependant on ne trouve chez les syphiligraphes de cette époque, que peu de passages se rapportant exactement à ce genre d'éruption. La dénomination de tubercule (*tubercula*) que l'on rencontre quelquefois, est plutôt appliquée aux tumeurs gommeuses et aux exostoses qu'aux tubercules de la peau.

A cette époque, pas de classification précise. Ce qui concerne les syphilides tuberculo-ulcéreuses est épars

dans la description des ulcères ; et les tubercules secs sont, avec les papules, décrits comme pustules sèches, sans qu'il soit toujours facile de séparer ce qui a trait à chacune de ces éruptions en propre.

Fernel est peut être le seul qui ait désigné assez clairement la syphilide tuberculeuse dans le passage suivant : « Quin etiam per totum corpus emergunt liventes pustulæ verrucarum speciem representantes », et il définit la syphilis : « Une maladie occulte, contagieuse, caractérisée par des tubercules, des taches, des ulcères et des douleurs. »

Astruc, au commencement du xviii^e siècle, étudie les pustules crustacées et décrit la forme tuberculeuse. Mais il faut arriver jusqu'au commencement de notre siècle pour voir la syphilide tuberculeuse constituer une espèce bien distincte.

Le xvii^e et le xviii^e siècle n'apportèrent aucune lumière dans l'étude des affections cutanées de la syphilis, et la même confusion continua d'y régner, malgré les travaux de Trappe, Lagneau, Astruc, Cullerier l'Ancien. Il faut arriver aux travaux d'Alibert et de son élève Bielt pour trouver une description méthodique des accidents syphilitiques.

Alibert eut le grand mérite de remplacer l'expression vague de pustule par celle plus significative et plus générale de syphilide, mais il conserva la classification de Cullerier l'Ancien. Il admettait trois espèces de syphilides.

1^o *Syphilides pustulantes* parmi lesquelles il faut signaler la syphilide pustulante serpigineuse et la syphilide pustulante tuberculeuse, cette dernière caractérisée par des tubercules énormes.

2° *Syphilides végétantes*.

3° *Syphilides ulcérautes* dont deux espèces nous intéressent par les ulcérations larges, plus ou moins profondes et taillées à pic qu'elles creusent, ce sont la syphilide ulcéraute serpigneuse et la syphilide ulcéraute profonde.

Bielt adopta la classification de Villan, conserva le mot de syphilide créé par Alibert. Sa classification comprenait six classes comme celle de Villan : 1° Syphilide exanthématique ; 2° Syphilide papuleuse ; 3° Syphilide squameuse ; 4° Syphilide vésiculeuse ; 5° Syphilide pustuleuse ; 6° Syphilide tuberculeuse.

Cette classification fut admise avec des modifications plus ou moins importantes par presque tous les auteurs, sauf par Bazin qui créa une classification basée sur l'évolution régulière de la syphilis. Il a créé trois classes de syphilides, comme Ricord avait décrit trois périodes dans la maladie.

1° Syphilides exanthématiques ou de la première poussée ;

2° Syphilides circonscrites ou de la deuxième poussée ;

3° Syphilides ulcéreuses ou de la troisième poussée.

La troisième forme qui nous intéresse seule a été divisée par lui en trois espèces : 1° pustulo-ulcéreuse ; 2° tuberculo-ulcéreuse ; 3° gommeuse. Nous n'en admettons que deux espèces, puisqu'il est démontré aujourd'hui que le tubercule et la gomme sont formés par les mêmes éléments histologiques et ont la même composition. Donc nous admettons une syphilide pustulo-ulcéreuse et une syphilide tuberculeuse ou gommeuse.

Enfin Bazin en 1863, et Dubuc, son élève, ont décrit une nouvelle forme de syphilis, une forme maligne, com-

parable par la rapidité de sa marche et la gravité de ses symptômes aux syphilis du xv^e et du xvi^e siècles. On y observe comme première poussée éruptive des syphilides qui, dans l'évolution normale de la syphilis se montrent à la période tertiaire et qu'il a désignées sous le nom de syphilides malignes précoces.

On a vu qu'après la grande épidémie du xv^e et du xvi^e siècles, la maladie perdit beaucoup de sa gravité comme toutes les maladies d'importation. Les accidents cutanés graves, par exemple, ne se montrèrent plus que dans des cas assez rares et sous l'influence de conditions étiologiques particulières. Dans certaines circonstances on a vu cependant la syphilis s'étendre sous forme d'épidémie à un grand nombre de personnes, à toute une région, prendre une plus grande acuité et se traduire par des manifestations cutanées assez graves. Telles sont les épidémies suivantes :

1^o Maladie de Brünn. — Elle éclata en 1578 à Brünn en Moravie, où les habitants sont très adonnés à l'alcool et aux excès. Le corps entier se couvrait de pustules et d'ulcères qui rendaient le visage difforme et horrible.

2^o Radezyge. — C'est une petite épidémie qui éclata au siècle dernier en Suède et Norwège. On prétend que c'est un navire russe qui l'apporta en 1710 à Stavanger. Elle se traduisait par une éruption herpétique au front, aux épaules et au dos, des plaies au visage, des tubercules sous-cutanés passant à l'état d'inflammation ou de suppuration, des douleurs dans les membres. Elle prit surtout de l'extension de 1750 à 1760.

3^o La maladie de la baie de Saint-Paul se montra vers 1780. Cette épidémie était caractérisée par de petites pustules ressemblant à des aphtes, qui se montraient

aux lèvres et dans l'intérieur de la bouche. Ensuite survenaient des tubercules, des douleurs dans les os, des ulcérations de la bouche. Finalement les os du crâne, du nez et du palais étaient atteints de carie.

4° Le Scherlievo est également à citer. Cette maladie qui éclata sur les côtes d'Illyrie et de Dalmatie porte aussi le nom de maladie de Fiume. Sur la peau se voient des ulcères très étendus, à fond grisâtre, déprimés, à bords surelevés, taillés à pic, occupant les membres et la face, ou de grandes cicatrices donnant à la figure un aspect hideux et repoussant. Mêmes lésions sur les muqueuses et au pharynx. On regarde cette maladie comme une syphilis modifiée par les mauvaises conditions hygiéniques locales.

Le sibbens ou siwens, ainsi appelé en Ecosse à cause de la ressemblance qu'offrent certaines de ses éruptions avec les fruits du framboisier sauvage, est considérée par Gilchrist et B. Bell, comme une syphilis modifiée par la malpropreté, la présence d'affections cutanées, entre autres la gale, et les misérables conditions hygiéniques auxquelles sont soumises, en Ecosse, les basses classes, seules victimes de ce mal. Cette affection est caractérisée par des éruptions cuivrées, des pustules, des tubercules, de vastes ulcères cutanés ou muqueux, détruisant les téguments de la face ou le pharynx.

Sont à citer également la maladie de Chavanne-Lure ainsi appelée des deux localités où elle s'est développée, le pian de Nérac et beaucoup d'autres.

A part ces quelques petites épidémies, ce n'est que par hasard que l'on signale aujourd'hui des cas très graves.

CHAPITRE II

Description. — Symptomatologie

Nous décrivons successivement :

1^o Des syphilides ulcéreuses circonscrites et tardives qui appartiennent à la forme commune de la maladie, et qui ne se montrent que longtemps après l'infection.

2^o Des syphilides malignes précoces, qui appartiennent à la forme maligne de la maladie, et qui, semblables aux syphilides ulcéreuses circonscrites et tardives sous le rapport de la lésion anatomique qui les constitue, en diffèrent par la précocité de leur apparition, par leur généralisation et l'absence de groupement de leurs éléments éruptifs, et par l'intensité des phénomènes généraux auxquels elles donnent lieu.

I. — SYPHILIDES CIRCONSCRITES ULCÉREUSES

Les syphilides circonscrites ulcéreuses appartiennent à la période tertiaire de la maladie, elles sont donc presque toujours tardives et ne se montrent guère que 3 ou 4 ans et même plus tard après l'accident primitif. Ce ne sont plus, comme les syphilides de la période secondaire, des lésions superficielles, généralisées, disparaissant sans laisser de trace ; ce sont, au contraire, des lésions tenaces, profondes qui entament et détruisent la peau et les muqueuses et laissent après elles des cicatrices indélébiles ; elles sont circonscrites, c'est-à-dire qu'au lieu de se disséminer sur tout le corps, elles n'en attaquent qu'une région relativement restreinte. Elles

ont un processus très lent et essentiellement chronique ; elles ont toujours une signification sérieuse, car elles sont le signe d'un organisme profondément atteint. Elles ont une grande tendance à récidiver, et elles procèdent en général par poussées successives. Elles sont généralement homogènes, c'est-à-dire que chacune de leurs poussées est formée par le même élément générateur. Enfin, elles ont l'habitude de se grouper de manière à former des cercles ou des segments de cercles, et elles ne semblent pas contagieuses.

Leur apparition ne s'accompagne pas de phénomènes généraux, ou bien ces phénomènes généraux s'ils existent, sont insignifiants.

On distingue en général deux types de syphilides ulcéreuses circonscrites. Ce sont :

1^o Type pustulo-ulcéreux, ou encore ulcéreux d'emblée, parce que l'ulcération n'est pas produite par la fonte d'une néoplasie. —

2^o Type tuberculeux ou gommeux qui s'ulcère par suite de la fonte d'une néoplasie.

Type pustulo-ulcéreux

Les syphilides pustulo-ulcéreuses ont été désignées autrefois sous les noms *pustulae crustosae*, *corrosivae*, *ostracosae*. Finger les regarde comme des exanthèmes de la période secondaire, mais on les regarde généralement comme des accidents de la période tertiaire ; les formes superficielles peuvent être regardées comme des accidents secundo-tertiaires formant la transition entre les syphilides secondaires et les syphilides tertiaires.

Les syphilides ulcéreuses sont à la fois rares et de mauvais présage, car elles dénotent en général une

constitution débilitée, on les rencontre rarement, en effet, chez les individus forts et bien portants.

Les syphilides pustuleuses sont des syphilides ulcéreuses d'emblée, ce qui ne veut pas dire que l'ulcération n'est précédée d'aucun autre travail morbide préparatoire, mais l'ulcération n'est pas ici précédée d'une néoplasie concrète comme dans la gomme ; elle n'est précédée que d'une simple tache rouge à peine élevée au-dessus des parties voisines.

Les éléments qui constituent cette tache prolifèrent avec une extrême rapidité qui leur fait perdre, en peu de temps, toute cohérence, et les rend mobiles les uns sur les autres, de telle sorte qu'ils passent presque sans transition de la phase formative à la phase d'élimination, par voie ulcéreuse.

L'ulcération est souvent précédée de la formation d'une phlyctène, dont la durée est éphémère. Au-dessous de cette phlyctène, le derme mis à nu s'érode et s'ulcère à la fois en surface et en profondeur.

L'érosion ou l'ulcération est-elle superficielle, on a l'impétigo et l'ecthyma superficiels. Pour trouver de véritables ulcérations, il faut arriver à l'ecthyma profond et au rupia.

On distingue trois espèces de syphilides pustulo-ulcéreuses, qui sont plutôt des degrés que des formes différentes et qui ne se distinguent guère que par la plus ou moins grande profondeur de l'ulcère, par la plus ou moins grande épaisseur de la croûte. Ce sont :

- 1° L'impétigo syphilitique ou syphilide impétigineuse ;
- 2° La syphilide ecthymateuse ou ecthyma ;
- 3° Le rupia syphilitique.

1° *Impetigo*. — Dans certains cas il se combine avec les éruptions papuleuses et peut alors être regardé comme appartenant à la période secondaire; tandis que d'autres fois il apparaît beaucoup plus tard, prend les allures d'une véritable syphilide tertiaire et peut même aboutir au phagédénisme.

Quand elle apparaît dans la première année de la maladie, l'éruption se montre en général discrète; mais quand elle apparaît tardivement elle peut revêtir la forme de l'*impetigo rodens*.

La syphilide impétigineuse est surtout une syphilide de transition. C'est, en effet, sur les limites de la période secondaire et de la période tertiaire, vers la fin de la deuxième année ou vers le commencement de la troisième que l'éruption impétigineuse peut prendre assez d'importance pour constituer l'éruption prépondérante.

L'affection débute par une petite plaque rouge sur laquelle ne tardent pas à s'élever des pustules renfermant un pus jaunâtre. Formée par le soulèvement de l'épiderme, chaque pustule présente au-dessous d'elle une petite ulcération superficielle. Ces pustules se rompent et forment des croûtes sèches, jaunâtres, friables, qui recouvrent l'ulcération, lui adhèrent peu, elles restent en général plates et ne deviennent pas coniques comme celles de l'ecthyma. Quand elles sont très voisines, ces croûtes se réunissent de manière à former des masses mamelonnées, inégales. Chaque croûte est entourée d'une aréole étroite, rouge.

Au-dessous des croûtes se trouve une ulcération très superficielle ou plutôt une érosion, qui peut ressembler quelquefois à une papule érodée, c'est-à-dire s'élever au-

dessus des parties saines, on a alors une véritable papule impétigineuse.

Le siège de prédilection de l'impétigo est la barbe, le cuir chevelu, les ailes du nez, les commissures des lèvres, le sillon mentonnier et le front. On le rencontre aussi au tronc, mais il se trouve rarement sur les membres.

Chaque élément éruptif est peu étendu, mais par la fusion de plusieurs croûtes, il peut se former une plaque croûteuse de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Quand la résolution doit avoir lieu, les croûtes se détachent facilement, l'aréole pâlit, et l'érosion se répare avec une grande rapidité, si bien que parfois l'érosion est complètement cicatrisée avant que la croûte ne soit tombée complètement. A la place de la croûte on voit une tache brunâtre et une ou plusieurs cicatrices qui deviennent blanches et qui peuvent ou bien disparaître à la longue (impétigo résolutif), ou bien résister indéfiniment (impétigo cicatriciel).

En général, l'impétigo est une syphilide bénigne, discrète, c'est le cas de l'impétigo superficiel tel que nous venons de le décrire. Mais dans certains cas, l'impétigo peut devenir une lésion sérieuse. Il se cantonne alors dans une région, principalement la face et devient envahissant et destructif comme toutes les autres syphilides tertiaires. Les croûtes, au lieu d'être jaunâtres et peu épaisses comme dans l'impédigo vulgaire, se condensent, deviennent brunâtres, épaisses, analogue, à celles de l'ecthyma.

L'aréole inflammatoire devient plus large, plus foncée. Au-dessous de la croûte existe un véritable ulcère, profond, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre et fongueux, sécrétant du pus. C'est un véritable phagénédisme qui

s'est emparé de la lésion. L'envahissement s'effectue de la façon suivante : l'épiderme de l'aréole inflammatoire, soulevé par de la sérosité purulente, forme un bourrelet saillant autour de la croûte, ce bourrelet se rompt, son pus se concrète et s'ajoute à la croûte primitive. Autour de la nouvelle croûte il se forme une nouvelle aréole, un nouveau bourrelet qui a le même sort et ainsi de suite. Au-dessous, le derme est également attaqué.

L'ulcération s'étend donc à la fois en largeur et en profondeur. Si plusieurs ulcères viennent à se toucher, il en résultera une ulcération unique, à contours polycycliques, s'élargissant sans cesse. Les croûtes qui recouvrent de tels ulcères ont une surface ondulée. Cette forme d'impétigo remarquable par sa résistance au traitement, peut détruire toute une région et a reçu le nom d'*impétigo rodens* ou serpigineux. Il s'attache surtout à la face et au cuir chevelu, il n'attaque jamais les muqueuses.

La marche de l'impétigo est essentiellement chronique.

L'impétigo coexiste très souvent avec des éruptions secondaires, telles que des papules tardives, des plaques muqueuses et mêmes des poussées érythémateuses.

Comme accidents tertiaires on ne trouve guère en même temps que lui que des ecthymas superficiels.

2° *Ecthyma*. — La syphilide ecthymateuse est une forme plus profonde et plus grave que la précédente. On en distingue deux espèces : la forme superficielle et la forme profonde.

a) **Ecthyma superficiel**. — Il n'a aucune gravité et se montre vers la fin de la période secondaire en même temps que les papules. Ce sont de petites pustules lenticulaires, aplaties, entourées d'une aréole rouge sombre.

Ces petites pustules, après une courte durée, se crèvent, leur pus se concrète et forme une croûte brunâtre mince recouvrant une érosion superficielle du derme. La lésion peut s'agrandir, mais ne dépasse jamais les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Finalement la croûte se dessèche, l'aréole pâlit, la croûte se détache et laisse après elle une tache maculeuse pigmentée qui finit par disparaître.

b) Ecthyma profond. — La syphlïde ecthymateuse profonde est un véritable accident tertiaire, apparaissant dans la deuxième ou la troisième année de l'affection.

Il apparaît en un point de la peau une tache d'un rougesombre, légèrement proéminente. Bientôt l'épiderme qui recouvre cette tache se soulève, et forme une pustule remplie d'une sérosité roussâtre qui ne tarde pas à devenir purulente. La pustule complètement formée est régulièrement circulaire. Le volume en est variable, le diamètre varie depuis 3 ou 4 millimètres jusqu'à 2, 3 ou même 4 centimètres.

Chaque pustule est entourée d'une aréole cuivrée, rouge sombre, et se rompt au bout de 2 ou 3 jours. Le pus mis en liberté se concrète, se dessèche et forme une croûte arrondie régulièrement, épaisse, humide et verdâtre, qui devient plus tard sèche et brunâtre. En général elle est enchâssée dans les bords de l'ulcération qu'elle recouvre et adhère très intimement aux tissus sous-jacents.

Lorsque l'ecthyma devient phagédénique, l'ulcération s'accroissant sans cesse, pendant que la croûte reste stationnaire, les bords de l'ulcération dépassent dans leur marche centrifuge, ceux de la croûte qui devient mobile sans se détacher, et semble flotter dans le pus qui baigne l'ulcération.

La croûte va sans cesse s'agrandissant en largeur et en épaisseur. L'accroissement en largeur se fait par suite de la formation de nouvelles pustules dans l'aréole qui entoure la croûte primitive. Ces pustules se crèvent et forment une croûte circulaire qui s'ajoute à la croûte ancienne. Autour de cette nouvelle croûte se forme un nouveau cercle de pustules qui subit le même sort que les premières et ainsi de suite. Ces différentes croûtes circulaires, qui s'ajoutent peu à peu à la croûte primitive, lui donnent son aspect stratifié, son aspect d'écaille d'huitre.

L'accroissement en épaisseur est produit par la concrétion du pus que sécrète sans cesse la surface de l'ulcération.

Pendant que la croûte s'accroît en largeur et en épaisseur, l'ulcération s'accroît en largeur et en profondeur. Les croûtes reposent sur un pus ichoreux et fétide. Leur chute laisse voir une ulcération profonde dont les bords sont taillés à pic, et le fond inégal, sanieux, grisâtre. Quand la cicatrisation va se faire, le fond se déterge, se recouvre de bourgeons charnus qui sécrètent un pus de bonne qualité et qui ne tardent pas à le combler.

La cicatrisation se fait sur plusieurs points à la fois ou va du centre à la périphérie. Les pustules d'ecthyma laissent à leur suite des cicatrices indélébiles qui représentent exactement la forme régulièrement circulaire de la pustule. Ces cicatrices sont ordinairement déprimées; elles ont d'abord une coloration rouge sombre, puis brunnâtre; enfin, au bout de quelque temps, elle se décolorent et deviennent blanchâtres. Ces cicatrices sont donc déprimées et blanchâtres, elles présentent des gaufrures et des plis.

Les pustules peuvent être circonscrites dans une région ou disséminées sur tout le corps. Elles peuvent être isolées ou groupées en cercles, segments de cercles, croissants, etc., mais elles ne sont jamais bien fréquentes. Elles siègent de préférence aux membres inférieurs et surtout à la région antérieure des tibias. La marche de l'éruption prise dans son ensemble est essentiellement chronique. La durée varie entre plusieurs semaines et plusieurs mois.

Les syphilides ecthymateuses guérissent presque toujours sous l'influence d'un traitement approprié et énergique, mais les récidives sont fréquentes. Elles deviennent d'une malignité extrême quand le phagédénisme s'en empare. C'est une des formes les plus graves et les plus fréquentes des syphilides malignes précoces. Elles sont graves non-seulement par les déformations qu'elles causent, mais par l'épuisement des forces, l'affaiblissement et l'état cachectique qu'elles causent par leur longue durée et l'abondante suppuration qu'elles produisent.

Enfin elles sont graves parce qu'elles dénotent presque toujours une mauvaise constitution chez l'individu qui en est porteur.

Au point de vue histologique, la croûte d'ecthyma est formée de globules de pus et de cellules épidermiques. Dans une première couche on trouve de grandes cavités remplies de globules de pus et dont les parois sont formées de cellules cornées, aplaties. Au-dessous de cette couche se trouvent des cavités plus petites creusées dans les cellules épidermiques. Enfin on trouve une troisième couche de grandes cavités remplies de globules de pus et à parois également formées de cellules cornées. Puis vient une quatrième couche formée de cellules rameuses creu-

sées de petites cavités contenant des globules de pus. Au-dessous se trouvent les couches de grandes cellules crénelées, dissociées ou unies les unes aux autres.

Au centre des pustules l'épiderme est détruit et les papilles mises à nu. Ces papilles se confondent et laissent filtrer au dehors les cellules lymphatiques dont elles sont imbibées, de sorte qu'il n'y a que du pus à leur surface. Au bord de la pustule, les papilles sont hypertrophiées, leurs vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang. Bientôt leur charpente fibreuse cesse d'exister et l'on ne voit plus que des globules rouges et blancs dans leur intérieur.

Bientôt les papilles du centre disparaissent complètement, on ne trouve plus à leur place que du tissu conjonctif enflammé.

Les parties profondes du derme sont comme submergées par l'inondation des cellules lymphatiques qui s'infiltrant partout. C'est par cette incessante inondation que s'effectue la dissociation, la désagrégation de la charpente dermique. C'est elle qui détermine la mort par gangrène, lorsque les vaisseaux qu'elle entoure sont trop comprimés.

La cicatrice est indélébile parce que les papilles et le derme ont été en partie détruits par la suppuration.

3° *Rupia*. — Le rupia, dit Mauriac, n'est autre chose qu'un ecthyma qui s'étale, qui marche rapidement, et dont le pus ichoreux, contenant une forte proportion de sang, donne lieu à une croûte noire, particulièrement sale, et tout à fait semblable à une écaille d'huitre, noire et boueuse. Au début on constate un foyer d'inflammation, sur lequel se développe une pustule ou plutôt une bulle écrasée, remplie d'une sérosité louche et sanguinolente.

La bulle se crève, le pus se concrète et forme une croûte noirâtre, brun verdâtre, ressemblant à une écaille d'huître.

Comme la croûte de l'ecthyma et de la même manière qu'elle, la croûte de rupia s'accroît en épaisseur et en largeur, mais beaucoup plus en épaisseur qu'en largeur. Quelquefois elle forme sur le front de véritables cornes. Cette croûte est entourée d'une zone d'infiltration rouge sombre.

Le rupia est l'éruption syphilitique qui présente les croûtes les plus épaisses, les plus larges, les plus noires et les plus caractéristiques. Elles peuvent atteindre jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur. Elles ont des dimensions variables, elles peuvent atteindre la grandeur d'une pièce de 5 fr. Elles sont ordinairement enchâssées dans les bords de l'ulcère. L'évolution du rupia est analogue à celle de l'ecthyma. Comme l'ecthyma, il procède par poussées successives et présente une tendance marquée à la récurrence.

L'époque d'apparition est à peu près la même que celle de l'ecthyma.

Tout ce qui a été dit pour l'ecthyma peut se rapporter au rupia, il est donc inutile de le répéter de nouveau.

Quand les pustules de rupia sont larges, nombreuses, phagédéniques, il est d'une gravité très grande, surtout quand il siège au visage où il peut causer des mutilations horribles. Il peut transformer le corps entier en une vaste plaie hérissée de croûtes repoussantes.

Le nombre des pustules est fort variable. La plupart du temps, elles sont rares, disséminées, toute l'éruption pouvant être représentée par 4 ou 5 pustules.

Les localisations du rupia sont moins exclusives qu'

celles de l'ecthyma. Il n'a de prédilection pour aucune région du corps. On peut le rencontrer à la face, sur les membres, sur le tronc, mais on le trouve plus souvent aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. La guérison se fait suivant le même procédé que celle de l'ecthyma. La marche est assez lente, la durée est en général de 2 ou 3 mois.

Complications des syphilides pustulo-ulcéreuses. — Ce sont l'inflammation, l'érysipèle, la gangrène et le phagédénisme que nous étudierons à propos des syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Les complications des syphilides pustulo-ulcéreuses les plus à craindre, en dehors du phagédénisme, sont les *hémorrhagies*. L'hémorrhagie se traduit par un suintement de sang qui se produit au-dessous des croûtes. Quelquefois il est incessant et se fait avec une telle abondance qu'on est obligé de l'arrêter.

Type tuberculeux ou gommeux.

Les syphilides tuberculeuses se distinguent par la variété et la profondeur de leurs lésions, par leur tendance au phagédénisme et leur aptitude à se développer non seulement sur la peau, mais aussi sur les muqueuses, contrairement aux syphilides pustuleuses qui sont exclusivement cutanées.

Les tubercules offrent une grande analogie avec les papules. Comme elles, ils peuvent siéger sur la peau et les muqueuses. Ils ont avec les papules une grande ressemblance de forme et de constitution anatomique, puisque papules et tubercules résultent d'une accumulation inflammatoire de cellules embryonnaires dans un point circonscrit du tégument. Le tubercule est donc une véri-

table papule, mais une papule énormément grossie. Il ne diffère de la papule que par le siège et l'évolution. La papule n'attaque la peau que superficiellement, elle n'attaque que la couche dermo-papillaire, tandis que le tubercule occupe toute l'épaisseur de la peau jusqu'à l'hypoderme. La papule n'est pas destructive, elle guérit sans laisser de cicatrice, car elle respecte l'intégrité anatomique des tissus qu'elle frappe, le tubercule, au contraire, est destructif, ou tout au moins abortif et il laisse après lui une cicatrice indélébile. Les tubercules syphilitiques ont été décrits sous les noms les plus divers : syphilide papulo-tuberculeuse, syphilide tuberculo-crustacée, syphilide serpigineuse, lupus syphilitique, lupus vorax, esthiomène syphilitique, etc. Fournier les décrit sous le nom de syphilides gommeuses. En effet, la gomme et le tubercule sont constitués par les mêmes éléments anatomiques. Le tubercule n'est autre chose qu'une gomme cutanée, une gomme intradermique.

« Comme les gommages, dit Virchow, les tubercules sont des tumeurs cellulaires, c'est-à-dire formées par des éléments du tissu connectif, par des cellules de dimensions variables avec gangue cellulaire amorphe. Ce sont des tumeurs à organisation non stable, non permanente, destinées à subir assez hâtivement une dégénérescence spéciale, à mourir sur place ou à se résorber ».

Tantôt ce sont des accidents ultimes d'une syphilis ordinaire, ils apparaissent alors très tardivement, quelquefois 10, 15, 20 ans et même plus longtemps après l'accident primitif, ils sont alors solitaires ou peu nombreux.

Tantôt ils apparaissent quelques mois ou 2 ans au plus tard après le chancre, ils sont alors multiples sur la même

région, et sont à poussées successives. Ils ont alors une grande tendance à récidiver et sont accompagnés d'accidents graves.

Le tubercule syphilitique n'étant autre chose qu'une gomme cutanée, il est intéressant de connaître la structure d'une gomme. A ce point de vue la gomme est la production la plus caractéristique de la syphilis qu'on la considère à la peau ou dans les organes profonds.

Robin, Verneuil et Lebert, qui les premiers ont étudié au microscope ces tumeurs gommeuses, ont constaté qu'il n'y avait pas, dans la gomme syphilitique, d'éléments cellulaires spéciaux. Robin y trouva beaucoup de cystoblastions formant les 7 à 8 dixièmes de la masse morbide, ces éléments étaient plongés dans une masse amorphe, finement granuleuse, semi-transparente ; il ne trouva que quelques fibres isolées, non disposées en faisceaux, quelques fibres élastiques, des noyaux ovoïdes embryonnaires et quelques corps ovoïdes fusiformes, c'est la granulation Gewebe de Virchow, analogue aux bourgeons charnus.

Boehrensprung et Virchow montrèrent qu'à une certaine époque de leur évolution, le chancre et la gomme avaient une structure histologique analogue, et Boehrensprung admettait deux catégories d'accidents syphilitiques : les exsudations et les hyperhémies qui sont les accidents secondaires et les tubercules comprenant le chancre et la gomme.

Cornil, Leloir et Wagner admirent que la lésion de tous les produits syphilitiques est la même à un moment donné de leur évolution, et c'est cette lésion primordiale que Wagner désigna sous le nom de syphilorme.

Heubner, Lanceraux, Unna, Cornil et Balzer ont décrit

les lésions vasculaires, et, bien que Leloir affirme qu'elles ne sont pas constantes, un mémoire récent de Marfan et de Toupet, semble prouver le contraire.

L'examen montre que la masse morbide s'est développée autour d'un vaisseau. Les parois du vaisseau sont le siège d'endo-périartérite, la tunique externe est épaissie, l'endartère est le siège d'une endartérite à tendance oblitérante qui amène le rétrécissement, et si on a affaire à un vaisseau de petit calibre, l'oblitération du vaisseau, Cornil et Ranvier admettent que ce sont ces petits vaisseaux oblitérés qui prennent parfois, sur les coupes, l'aspect de cellules géantes.

Il y aura là un territoire non irrigué, au niveau duquel se produira une drapédèse active et une prolifération du tissu conjonctif fibrillaire qui vont constituer la gomme, ce tissu fibrillaire est plus ou moins parsemé de cellules embryonnaires. Si la gomme est nourrie, elle subira la transformation scléreuse ; sinon, ses éléments embryonnaires deviennent granulo-graisseux, les faisceaux de fibres conjonctives se dissocient et laissent en liberté les cellules qu'ils enfermaient d'abord dans leurs mailles. C'est alors que ces cellules deviennent mobiles, se déplacent facilement et que la tumeur devient liquide. Puis le tégument s'enflamme, se laisse pénétrer par les éléments cellulaires et se perfore.

La réparation consiste dans un simple bourgeonnement du tissu embryonnaire partant de toute la surface de la caverne et qui, en général, la comble rapidement.

On distingue deux variétés de syphilides tuberculeuses, auxquelles on peut en ajouter une troisième, la variété tuberculo-ulcéreuse gangréneuse qui est plutôt une complication qu'une espèce distincte. Ces deux variétés sont :

1° La syphilide tuberculeuse ou gommeuse sèche, ou syphilide tuberculo-atrophique ;

2° La syphilide tuberculo-ulcéreuse ou gommeuse ulcération.

a) **Syphilide tuberculeuse sèche.** — Les syphilides tuberculeuses sont de petites nodosités intradermiques, de petites tumeurs ressemblant beaucoup aux papules, ayant comme elles une couleur cuivrée, mais beaucoup plus saillantes.

Elles se terminent par résorption interstitielle, laissant après elles une petite cicatrice. Elles constituent un accident moins grave que les syphilides tuberculo-ulcéreuses, un accident de transition. Quand elles apparaissent à la fin de la période secondaire, il est très difficile de les distinguer des papules, ce sont des syphilides papulo-tuberculeuses (Bazin).

Les tubercules secs ont une consistance ferme, une couleur rouge cuivrée. Leur surface est lisse, souvent recouverte de squames. Leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette.

Leur évolution est chronique, durant plusieurs mois au minimum. Ils ne s'accompagnent d'aucun trouble local, ni douleur, ni cuisson.

Au bout de quelques mois ils diminuent de volume, se ratatinent, s'affaissent progressivement, et finalement, disparaissent le plus souvent en laissant une tache ou une cicatrice d'abord rouge qui s'exfolie, puis finalement devient blanche. Cette cicatrice est définitive, il y a donc une véritable atrophie interstitielle.

Les récidives sont fréquentes, et la face, le dos et les avant-bras, sont le siège le plus fréquent des récidives. Les tubercules secs ont pour sièges de prédilection la face,

les ailes du nez, le front, la région sourcillière, les oreilles, la barbe et le cuir chevelu, où elles forment une des nombreuses variétés de la couronne de Vénus.

Quand la syphilide tuberculeuse est disséminée sans ordre sur tout le corps, elle ressemble fortement à une éruption papuleuse, c'est la syphilide tuberculeuse disséminée de Hardy.

Ordinairement les tubercules sont groupés sur une des régions qu'ils affectent de préférence, c'est la forme tuberculeuse en groupe de Hardy. Dans ce cas, ou bien ils sont disposés sans ordre, ou bien ils affectent une disposition régulière :

1° Ils peuvent former des cercles complets ou incomplets, formes cerclée, hemicerclée, en arc de cercle, en croissant, etc.

2° Ils peuvent former des anneaux, forme annulaire, et voici comment :

Autour d'un groupe de tubercules qui va disparaître se développe un cercle de tubercules jeunes qui l'entoure complètement, de sorte que, quand les tubercules du centre auront disparu, on aura une véritable disposition circulaire.

3° Enfin les tubercules secs peuvent former des groupes qu'on a comparés à des grappes de raisin.

2° *Syphilides tuberculo-ulcéreuses*. — Elles sont beaucoup plus graves que les précédentes, non seulement par les pertes de substance qu'elles entraînent, mais aussi par l'abondante suppuration qu'elles déterminent.

Cette forme se manifeste plus tardivement que la forme précédente, plusieurs années après le chancre, en moyenne 4 à 5 ans. Elle peut même se montrer 10, 20, 30 ans après l'accident primitif.

La forme tuberculo-ulcéreuse débute comme la forme sèche par des tubercules secs et affecte les mêmes sièges de prédilection. Elle affecte les mêmes dispositions, cerclée, hémicerclée, en arc de cercle, en fer à cheval, etc. Donc, au début mêmes nodosités intradermiques que dans la forme sèche, mais, après une période de crudité qui varie suivant les cas, le tubercule se ramollit, s'ouvre et donne lieu à une ulcération. On peut suivre pas à pas ce processus de ramollissement. Au sommet du tubercule, la peau s'amincit peu à peu, jusqu'à laisser voir par transparence le pus sous-jacent, puis elle se crevasse, laissant une ouverture par laquelle s'écoule un pus jaunâtre, mêlé de détritiques organiques qui ne sont autres que le tissu conjonctif de la gomme. Ce pus se concrète et forme une croûte d'une couleur jaune verdâtre, quelquefois brunâtre quand l'ulcération a fourni du sang qui s'est mélangé au pus sécrété.

L'épaisseur et l'étendue de ces croûtes sont très variables ; on en voit qui sont saillantes et d'autres qui dépassent à peine le niveau des téguments, par suite de la profondeur de l'excavation sur laquelle elles reposent. L'étendue des croûtes est en rapport avec celle de l'ulcération qu'elles recouvrent ; elles s'accroissent par leur face profonde et par leurs bords, et se renouvellent ordinairement plusieurs fois pendant la période d'ulcération.

Si on provoque la chute de la croûte, on trouve au-dessous d'elle un ulcère arrondi, profond, dont les bords sont durs, épais, parce qu'ils sont infiltrés. Ces bords sont taillés à pic et entourés d'une aréole d'un rouge sombre. Le fond de l'ulcère est grisâtre, recouvert d'un pus sanieux, jaunâtre, mal lié, ichoreux, et quelquefois

fétide. Les bords deviennent violacés quand il y a tendance au plagédénisme. Les dimensions de ces ulcères varient de 1 à 4 ou 5 centimètres de diamètre. Ces pertes de substances s'établissent sans réaction locale, et si elles deviennent douloureuses, c'est sous le fait d'irritations locales, de changements de température, d'excitations générales telles que l'alcoolisme.

Lorsque la marche de la syphilide tuberculeuse est enrayée et que l'ulcération a de la tendance à se cicatriser, le fond de l'ulcère se déterge, prend un meilleur aspect, il devient rouge et granuleux ; ses bords s'affaissent, et les croûtes jaune brunâtre, sont remplacées par des croûtes jaunâtres, plus minces et plus sèches, qui finissent par devenir tout à fait squameuses. Lors même que les plaies sont entièrement fermées, il reste autour d'elles une zone indurée qui continue à fournir pendant très longtemps des croûtes minces, blanchâtres, foliacées, extrêmement nombreuses.

Les cicatrices conservent pendant longtemps une couleur rouge sombre, quelquefois même brunâtre, puis elles se décolorent, la décoloration commençant par le centre, et à la longue toute leur surface devient d'un blanc mat. Ces cicatrices sont ordinairement arrondies, à surface lisses. Leur surface est parfois traversée de brides inodulaires. Quelquefois la cicatrice est saillante, elle devient chéloïdienne.

Le nombre des éléments éruptifs est très variable comme dans la forme sèche. Ces éléments sont rarement solitaires, ils sont ordinairement groupés sur une région du corps, ou disséminés sur tout le corps comme dans les formes malignes.

Leur siège de prédilection est la face, et à la face plus

particulièrement, le nez, le front, les commissures des lèvres et des paupières. Au tronc on rencontrerait la syphilide tuberculeuse surtout à la région scapulaire, aux articulations sterno et acromio-claviculaires, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, etc.

La confluence de cette éruption tuberculeuse sur la face, lorsqu'il se produit en même temps une infiltration néoplasique autour des petites tumeurs et au-dessous d'elles, donne lieu quelquefois à des déformations monstrueuses qui impriment à la physionomie un aspect léonin, d'où le nom de *léontiasis syphilitique* qu'on lui a donné.

L'ulcération de la syphilide tuberculeuse a de la tendance à s'étendre sans cesse. Dans certains cas l'ulcération s'élargit circulairement. Il continue, en effet, à se faire une infiltration dans les parties saines, autour de la gomme après l'évacuation de son contenu. Cette zone infiltrée régresse à son tour et donne une ulcération concentrique à la première. Cette nouvelle ulcération s'entoure également d'une zone d'infiltration qui subit le même sort que la première, et ainsi de suite. C'est ainsi que l'ulcération s'élargit en zones concentriques par un processus régulier qui va du centre à la périphérie. Mais, en même temps que l'ulcération s'agrandit ainsi dans tous les sens, elle se cicatrise au centre.

On a donc ainsi une ulcération annulaire entourant complètement un îlot central de cicatrisation, et entouré lui-même par les parties saines. Du côté de celles-ci, les bords de l'ulcération annulaire sont taillés à pic, tandis que du côté de la cicatrisation, les bords sont moins abrupts. Un seul tubercule donne rarement lieu à un fossé circulaire de grande dimensions, il n'en est pas

de même si ce fossé circulaire est produit par plusieurs tubercules groupés au même endroit et arrivant à la confluence.

Quand une région du corps quelconque, principalement la face est envahie dans une grande partie de son étendue par de tels anneaux tuberculeux concentriques qui s'élargissent de plus en plus et laissant derrière eux un champ cicatriciel, la lésion prend un aspect qui rappelle le lupus vulgaire, d'où le nom de *lupus syphilitique* qu'on lui a donné. Cette dénomination est mauvaise, le lupus ne pouvant être et n'étant que de nature scrofuluse.

L'ulcération peut également s'étendre d'un côté tandis qu'elle se cicatrise de l'autre, la lésion présente alors un bord concave répondant à la zone de cicatrisation, et un bord convexe bordé par les parties saines, par les parties qui vont être envahies par l'ulcération, celle-ci a alors la forme d'un haricot ou d'un rein. Quelquefois l'ulcération en s'étendant sans cesse forme de véritables bandes sinueuses présentant une extrémité cicatrisée et une extrémité ulcérée qui montre le sens dans lequel s'étend l'ulcération.

La lésion peut aussi gagner en profondeur, l'ulcération pouvant alors détruire le tissu cellulaire, toutes les parties molles jusqu'à l'os et voire même l'os lui-même, une telle lésion a reçu d'Alibert le nom de dartre rongeante, on peut lui donner le nom de *syphilide tuberculeuse perforante*, tandis que l'autre variété, celle qui s'étend en surface méritera le nom de *syphilide tuberculeuse serpiginieuse*.

Marche. — Bien que l'évolution de chacun des éléments éruptifs soit assez rapide, la marche de la maladie

prise dans son ensemble est essentiellement chronique. L'affection demande 5 à 6 mois au moins pour arriver à la guérison complète ; mais parfois elle peut durer des années par suite des recrudescences et des récidives. A peine la cicatrisation est-elle effectuée en un point, que d'autres tubercules apparaissent, soit sur une partie saine de la peau, soit même sur la cicatrice de l'éruption qui vient de finir.

Un caractère important des syphilides tuberculeuses circonscrites, c'est leur extrême indolence et par suite l'insidiosité de leur développement qui fait qu'on ne s'en inquiète que quand elles ont déjà produit des dégâts considérables. De toutes les syphilides, c'est la syphilide tuberculo-ulcéreuse qui résiste le plus opiniâtrement au traitement.

En même temps que les gommès de la peau s'observent les ulcérations et les déformations du nez et de la gorge, les affections syphilitiques du foie et du cerveau, l'orchite syphilitique.

Les complications sont au nombre de quatre ; ce sont l'inflammation, l'érysipèle, la gangrène, le phagédénisme. Comme ces complications s'observent également dans le cas de syphilides pustulo-ulcéreuses et des syphilides malignes précoces, nous en ferons le sujet d'un chapitre particulier.

II. — SYPHILIDES MALIGNES PRÉCOCES.

Nous venons de voir que les syphilides ulcéreuses appartenant à la période tertiaire de la syphilis, apparaissent en général assez tardivement. Il n'en est pas toujours de même, et il est nombre de cas où leur apparition est précoce ; elles sont alors mélangées aux éruptions de la

période secondaire et méritent le nom de syphilides malignes précoces que Bazin et son élève Dubuc, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, leur ont donné.

Fournier, sur un total de 3,032 malades, compte environ 158 cas dans lesquels il a observé des manifestations tertiaires précoces.

C'est à Bazin et à Dubuc que revient l'honneur d'avoir signalé les premiers, ces syphilides précoces. Bazin en distinguait deux variétés : la *variété purovésiculeuse* et la variété *tuberculo-ulcérante-gangréneuse*. Dubuc en décrit une troisième espèce, la forme *tuberculo-ulcéreuse*.

Chez l'adulte, la forme puro-vésiculeuse est constituée soit par de l'impétigo confluent, soit par de l'ecthyma profond, soit par du rupia, en somme par les mêmes lésions que la forme pustulo-ulcéreuse. La forme tuberculo-ulcéreuse se définit d'elle-même. Elle est constituée par des tubercules qui s'ulcèrent. On pourra donc décrire : 1° une forme puro-vésiculeuse ou pustulo-ulcéreuse ; 2° une forme tuberculo-ulcéreuse ; 3° une forme tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Cette syphilide maligne précoce est tout à fait comparable par la gravité de ses symptômes à la syphilis épidémique de la fin du xv^e et du commencement du xvi^e siècles.

Les syphilides malignes précoces tiennent à la fois des syphilides exanthématiques et des syphilides circonscrites ulcéreuses. Elles se rapprochent des syphilides exanthématiques par la précocité de leur apparition, la diffusion de l'éruption sur toute la surface du corps, le polymorphisme de l'éruption. Comme les syphilides exanthématiques elles sont accompagnées de phénomènes généraux souvent fort intenses.

Elles se rapprochent des syphilides circonscrites ulcéreuses par plusieurs points. Comme ces dernières, ce sont des boutons purulents ou tuberculeux qui s'ulcèrent et laissent à leur suite des cicatrices indélébiles ; elles réclament les mêmes moyens thérapeutiques que les syphilides circonscrites ulcéreuses. Elles se distinguent donc par les caractères suivants :

1° Précocité de l'éruption qui peut apparaître en certains cas. 6 semaines ou 2 mois après le chancre.

2° Diffusion de l'éruption sur toute l'étendue du corps, la tendresse constante de cette éruption à s'ulcérer rapidement, la polymorphie de l'éruption qui s'accompagne de phénomènes généraux souvent fort intenses.

3° Atteinte profonde que subissent, dès l'apparition de l'éruption, les forces générales de l'organisme.

4° Aggravation progressive de l'état cachectique.

5° Terminaison souvent fatale, et fatale à brève échéance.

L'invasion des syphilides malignes précoces n'est pas insidieuse comme celle des syphilides ulcéreuses circonscrites. Elle est accompagnée de phénomènes généraux assez intenses, et est souvent précédée de prodromes qui ne diffèrent pas essentiellement de ceux des syphilides secondaires, mais qui ont quelquefois une intensité plus grande. Ce sont des céphalées nocturnes intenses, un malaise général, de la courbature, des douleurs dans les membres, et une fièvre qui, le plus souvent, revêt le type intermittent quotidien ou tierce.

La nutrition devenue languissante, amène l'amaigrissement, la perte des forces. Le malade devient pâle et cette pâleur est probablement due à l'anémie globulaire causée par la syphilis.

L'éruption n'occupe pas d'emblée toute la surface du corps, elle se montre d'abord au visage et au cuir chevelu, puis de là se répand sur le tronc et les membres. Les membres inférieurs sont généralement atteints les derniers.

Les syphilides malignes précoces ne forment jamais des groupes réguliers comme les syphilides circonscrites ulcéreuses, elles sont disséminées sans ordre sur tout le corps.

Quelle que soit la forme, tuberculeuse ou pustuleuse de l'éruption, elle marche rapidement à l'ulcération qui offre les mêmes caractères que l'ulcération des syphilides circonscrites ulcéreuses. L'ulcération est souvent douloureuse ; elle donne un pus jaunâtre, fétide, dont la concrétion augmente sans cesse l'épaisseur des croûtes. Le phagédénisme se fait surtout en surface. La réparation et la cicatrisation se font comme pour les formes tardives.

Le frottement des croûtes contre le linge, leur adhérence au linge et les tiraillements qui en résultent sont très douloureux.

Les ganglions sont engorgés comme dans le cas des syphilides de la période secondaire. Les adénopathies les plus fréquentes après l'adénopathie inguinale, sont les adénopathies de ganglions cervicaux postérieurs. On peut observer également l'alopecie.

L'appétit peut être conservé, mais on observe souvent des troubles gastro-intestinaux tels qu'envies de vomir, diarrhées. On observe ordinairement de l'insomnie due à la céphalée nocturne. On peut observer également des phénomènes nerveux, tels qu'engourdissements dans les membres, attaques épileptiformes, dus probablement à des exostoses précoces intrarachidiennes, intracrâ-

niennes, — des symptômes ataxiques qui accompagnent ordinairement la fièvre hectique.

Chez presque tous les sujets atteints de syphilides malignes précoces, on observe l'abolition momentanée, ou tout au moins l'extrême rareté des désirs vénériens, coïncidant avec l'intégrité apparente des glandes séminales.

Les syphilides malignes sont en général accompagnées de phénomènes généraux assez intenses, tels que fièvre avec exacerbation vespérale, perte des forces, amaigrissement, cachexie.

La durée de l'éruption est toujours de plusieurs mois, même quand elle est combattue dès l'origine par les traitements les mieux appropriés.

Syphilide maligne précoce pustulo-ulcéreuse. — Désignée par Bazin, sous le nom de syphilide puro-vésiculeuse, et par Dubuc, sous le nom de syphilide puro-crustacée ulcéreuse.

La forme la plus fréquente en est l'ecthyma. La syphilide puro-vésiculeuse est en général plus précoce que la syphilide maligne tuberculo-ulcéreuse. Les lésions sont plus vastes, plus aiguës, plus confluentes et plus rapides dans leur processus que dans la forme pustulo-ulcéreuse tardive.

Les prodromes et le mode d'apparition sont ceux que nous avons décrits plus haut. Les boutons n'affectent aucun mode régulier de groupement.

Toutes les régions du tégument externe sont susceptibles d'être envahies par cette affection, mais les régions préférées sont le visage et le cuir chevelu, puis le tronc et enfin les membres.

Les ulcérations ont des dimensions variables, mais

dépassant rarement celles d'une pièce de 5 francs. C'est aux jambes qu'on observe ordinairement les plus larges. Le diamètre le plus ordinaire varie entre 1 et 3 centimètres. Le fond des ulcérations est pultacé grisâtre et secrète un pus d'une odeur désagréable.

Les cicatrices présentent une foule de degrés en rapport avec la profondeur des ulcérations auxquelles elles font suite. Les plus superficielles ont l'aspect gaufré et réticulé des cicatrices de vaccin ; les cicatrices profondes sont formées d'une pellicule cicatricielle mince et blanche. Dans quelques cas, elles sont parsemées de brides inodulaires comme les brûlures du 3^e et du 4^e degrés. La marche est toujours lente et chronique, car l'éruption se compose de poussées successives.

Syphilide maligne précoce tuberculo-ulcéreuse. —

C'est la forme tuberculo-crustacée ulcéreuse de Dubuc à qui revient l'honneur d'avoir le premier décrit cette forme. Elle est beaucoup plus rare que la forme précédente. Ses symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de la forme tuberculo-ulcéreuse circonscrite. On distingue trois périodes dans son évolution.

1^o *Période tuberculeuse.* — Les tubercules peuvent se montrer d'emblée sur tout le corps ou envahir successivement le visage, le tronc et les membres.

Les tubercules sont ordinairement confluents et n'affectent aucun mode régulier de groupement. Ce sont d'abord de petits boutons qui croissent jusqu'à atteindre le volume d'une lentille ou même d'une petite cerise. Ils sont d'une couleur rouge sombre, les uns plats, d'autres coniques, d'autres hémisphériques. Ils sont tendus, lisses et recouverts de squames blanchâtres assez épaisses.

2^o *Période ulcéreuse.* — Elle est annoncée par des

douleurs assez vives et l'engorgement du système lymphatique. Une fois ulcérés, les tubercules se recouvrent de croûtes moins épaisses que celles de la forme purulo-vésiculeuse. Elles sont d'un jaune verdâtre, parfois brunâtres. Les dimensions de l'ulcère varient de 1 à 4 ou 5 centimètres.

3^e Période cicatricielle ou psoriasique. — Cette période est appelée psoriasique, parce qu'après la guérison il reste autour des cicatrices une zone indurée qui fournit très longtemps des croûtes minces blanchâtres. La cicatrice est la même que celle de la syphilide tuberculo-ulcéreuse circonscrite.

La syphilide précoce tuberculo-ulcéreuse demande 5 à 6 mois pour arriver à la guérison complète, mais on observe souvent des récidives qui la font durer plus longtemps.

Syphilide maligne précoce tuberculo-ulcérante gangréneuse. — C'est Bazin qui l'a décrite le premier. C'est une forme encore plus rare que la précédente. Elle est caractérisée par une éruption papulo-tuberculeuse disséminée sur tout le corps, éruption dont les éléments durs, saillants, sont bientôt frappés de gangrène et se recouvrent d'eschares sèches, noires, auxquelles succèdent des ulcères taillés à pic et finalement des cicatrices. On peut également diviser son évolution en 3 périodes.

1^{re} Période papulo-tuberculeuse. — Mêmes prodromes que pour les autres formes. C'est une éruption d'éléments papulo tuberculeux qui, le plus souvent, se montrent d'abord au visage, pour se répandre de là au tronc et aux membres, mais qui peuvent aussi envahir d'emblée toute la surface du corps. Ces éléments occupent de préférence le visage, la face postérieure du tronc, la partie supé-

rieure du tronc, la partie supérieure des bras et des cuisses. Ils sont en général disséminés sans ordre. Cette période dure environ 1 à 2 semaines. Les éléments sont les mêmes que ceux de la forme tuberculo-ulcéreuse.

2° *Période gangréneuse.* — La mortification commence au centre des boutons qui deviennent douloureux. Il se forme une petite eschare dont la largeur augmente rapidement par l'addition de zones concentriques. Ces eschares se dépriment en godets et sont circonscrites par un bourrelet dur, cuivré, de 2 à 3 millimètres d'étendue. C'est ce bourrelet qui, en se sphacélant, augmente la largeur de l'eschare qui peut atteindre jusqu'à 2, 3 ou 4 centimètres de diamètre.

Finalement un sillon se creuse entre le bourrelet et l'eschare. Ce sillon se creuse de plus en plus, jusqu'à ce que l'eschare complètement détachée, tombe et laisse à découvert un ulcère arrondi, grisâtre, taillé à pic, qui a les mêmes dimensions que l'eschare.

3° *Période cicatricielle ou psonasique.* — La cicatrice une fois formée se recouvre de squames. Cette production squameuse peut durer des semaines. La cicatrice est arrondie, déprimée, violacée, entourée d'une zone cuivrée qui répond au bourrelet circonférenciel. Au bout de 3 mois environ, la cicatrice devient blanche et lisse.

L'état général des malades peut rester longtemps satisfaisant, mais c'est là l'exception. Il existe presque toujours une fièvre avec exaspération vespérale, de l'insomnie entretenue par les douleurs, de l'amaigrissement et de l'affaiblissement. La guérison est très difficile à obtenir. La mort peut être causée par une maladie intercurrente.

Marche-durée. — La marche des syphilides malignes précoces est toujours chronique, lente. Elles peuvent

durer plusieurs années, et cela malgré un traitement énergique.

Non traitées, les syphilides malignes précoces présentent rarement, pour ne pas dire jamais, de la tendance à la guérison. Il faut donc les traiter et les traiter pendant très longtemps. Un traitement énergique et prolongé pendant 6 mois, 1 an est de rigueur.

Le phagédénisme complique quelquefois les syphilides malignes précoces, mais pas si souvent que les formes circonscrites.

Outre les complications communes à toutes les variétés de syphilides ulcéreuses, inflammation, érysipèle, gangrène, phagédénisme. Ces syphilides malignes précoces peuvent encore présenter comme complications, la faiblesse, l'amaigrissement, la fièvre hectique, la pâleur, la fièvre et les sueurs profuses, les affections gastro-intestinales, etc.

Syphilides ulcéreuses dans la syphilis héréditaire.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que de la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire s'accompagne elle aussi de lésions cutanées ulcéreuses analogues à celles de la syphilis acquise.

Les affections pustuleuses qu'on rencontre dans la syphilis héréditaire sont l'ecthyma et l'impétigo. L'impétigo a pour siège ordinaire la face, mais on le rencontre également au cou. Il est caractérisé par des pustules confluentes qui s'ouvrent bientôt et dont le plus desséché forme des croûtes jaunâtres, épaisses, saillantes, entourées d'une auréole cuivrée.

L'ecthyma est, chez le nouveau-né comme chez l'a-

dulte, un accident fâcheux. Ce sont d'abord des tâches violacées qui se montrent principalement aux fesses et aux jambes, et qui se transforment en pustules sangui-nolentes. Ces pustules se rompent et se recouvrent d'une croûte épaisse noirâtre, entourée d'une auréole sombre, violacée, et recouvrant une ulcération taillée à pic.

Le tubercule est une lésion relativement peu commune dans la syphilis héréditaire. On le rencontrerait surtout dans la syphilis héréditaire tardive. Bassereau cite le cas de trois enfants nés de parents syphilitiques qui présentèrent peu de jours après leur naissance des tubercules qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ul-cérer.

Putegnat décrit un lupus syphilitique des nouveau-nés, caractérisé par des tubercules arrondis qui, au bout d'un certain temps, se ramollissent et s'ulcèrent. Ces ulcères s'étendent en largeur et en profondeur, et se recouvrent d'une croûte épaisse et noirâtre.

Virchow (Gesammelte Abhand) a vu sur le corps d'un enfant qui venait de naître, des tubercules disséminés sur tout le corps. De chacun de ces tubercules partait un gros cordon lymphatique.

Rinecker a fait une description des tubercules de la peau et du tissu cellulaire sous cutané chez les jeunes enfants.

Cazenave raconte avoir vu dans le service de Bielt un jeune homme de 27 ans atteint d'un vaste lupus syphi-litique de la face. Les joues, la bouche, le menton, le nez étaient convertis en une vaste nappe lupeuse rouge toute semée de tubercules et de croûtes. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques, mais son père avait eu la syphilis. Au bout d'un mois de trai-

tement par le protoiodure de mercure, ce lupus syphilitique d'origine héréditaire fut guéri.

Comme dans la syphilis acquise les tubercules se montrent sous les formes sèches et humides. L'évolution, la durée, le groupement sont identiques à l'évolution, à la durée et au groupement des tubercules de la syphilis acquise.

CHAPITRE III

Complications des syphilides ulcéreuses

Les complications des syphilides ulcéreuses sont au nombre de quatre. Ce sont :

- 1° L'inflammation.
- 2° L'érysipèle.
- 3° La gangrène.
- 4° Le Phagédénisme.

I. — *Inflammation*. — L'inflammation survient sous l'influence de causes occasionnelles, les unes locales, les autres générales. Les causes locales sont le manque de soins, la malpropreté, les pansements mal faits et les pansements irritants, les cautérisations intempestives, la fatigue locale.

Les causes générales sont les excès de toutes sortes, l'alcoolisme, les veilles, les fatigues, etc. Comme symptômes, l'ulcération devient douloureuse avec ou sans irradiations. On observe un empâtement périphérique des parties ulcérées. L'aréole inflammatoire a une couleur plus vive, et est plus étendue. Enfin il y a des symptômes fonctionnels variables suivant la partie affectée, par exemple l'impossibilité de marcher s'il s'agit des membres inférieurs.

II. — *Erysipèle*. — C'est un accident rare, mais non fâcheux, car on a vu très souvent des ulcères syphilitiques, rebelles à tout traitement, guéris par un érysipèle intercurrent.

III. — *Gangrène*. — La gangrène peut-être primitive ou consécutive. La gangrène primitive s'établit d'emblée, sans autre cause que l'évolution tuberculeuse elle-même. Des syphilides tuberculo-ulcéreuses frappées de gangrène primitive, Bazin a fait une variété particulière de syphilides qu'il désigne sous le nom de syphilide tuberculo-ulcérente gangréneuse et que nous avons décrite plus haut.

La deuxième forme de gangrène est la gangrène consécutive. Elle est due à l'inflammation poussée à l'extrême. En ce cas, sur le fond et sur les bords de l'ulcère on voit apparaître des points noirâtres et le pus sécrété prend une fétidité particulière.

IV. — *Phagédénisme*. — Le phagédénisme est la plus importante des complications des syphilides ulcéreuses. On dit qu'il y a phagédénisme, lorsqu'une plaie, ses limites une fois atteintes, tend à les dépasser, manifeste une propriété destructive considérable, résiste pendant longtemps à tous les traitements, sans manifester aucune tendance à la cicatrisation. Le phagédénisme n'est donc pas une complication propre à la syphilis, c'est une complication qui peut atteindre également d'autres lésions ulcéreuses, telles que les lésions scrofuleuses, certains ulcères des pays tropicaux, les dermatoses cachectiques, etc., mais c'est surtout à la suite des ulcérations vénériennes qu'on l'observe.

Le phagédénisme complique plus souvent les formes tuberculo-ulcéreuses que les formes ecthymateuses. Envahissant des plaies qui peuvent occuper toutes les régions du corps, on peut le rencontrer partout. Cependant il affecte surtout des points spéciaux pour lesquels il a des préférences singulières et très marquées. Ces localisations

préférées sont, par ordre de fréquence, le visage et surtout le nez qui est, comme dit Fournier, l'organe chéri de la vérole tertiaire, puis les membres inférieurs, la région dorsale et les organes génitaux.

Fournier distingue trois formes de phagédénisme tertiaire :

1^o Phagédénisme extensif ou en surface. L'ulcération s'étend alors surtout en surface.

2^o Phagédénisme en profondeur ou phagédénisme térébrant. L'exagération du processus ulcératif se fait en profondeur. Selon la comparaison de Fournier, l'ulcération imite le travail corrosif de certains insectes qui s'enfoncent dans le bois à mesure qu'ils le détruisent.

3^o Dans une troisième variété, le phagédénisme exerce ses ravages à la fois en surface et en profondeur.

D'une manière générale le phagédénisme, quelle qu'en soit la forme, progresse d'autant plus facilement qu'il ne rencontre devant lui que des tissus homogènes, et inversement il a d'autant plus de chances d'être arrêté dans sa marche qu'il rencontre plus de tissus hétérogène. C'est ainsi que le phagédénisme cutané peut étendre longtemps ses ravages tant qu'il n'a affaire qu'à du tissu cutané, mais vient-il à se heurter contre un tissu de texture anatomique différente, cela seul peut constituer un obstacle qui l'enraye dans sa marche. C'est ainsi que Fournier a vu un phagédénisme tertiaire, qui semblait devoir gagner l'œil, s'arrêter brusquement devant la paupière.

Symptômes généraux. — Le phagédénisme peut évoluer froidement sans aucune réaction sur l'organisme. L'état général du malade n'est alors aucunement atteint.

Mais dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, le phagédénisme retentit sur l'organisme d'une façon

lente et continue. Il exerce sur lui une action dépressive, il amène la cachexie qui est due à l'abondante suppuration qu'il produit. Il agit sur lui par le repos prolongé qui amène l'alanguissement des fonctions digestives, par les douleurs et l'insomnie qu'il provoque souvent, par les complications qu'il peut susciter, par l'état moral qui est la conséquence des hideuses déformations qu'il produit.

Enfin, dans quelques cas, le phagédénisme suscite un véritable état subtyphoïde qui a pour conséquence de la courbature, de l'accablement, des troubles dyspeptiques, de la fièvre, de l'insomnie, une agitation nocturne, du subdelirium. Cet état, s'il se prolonge, amène à sa suite le marasme et la cachexie.

Symptômes objectifs. — Le phagédénisme tertiaire n'a pas de symptômes objectifs propres. Il n'a d'autres attributs que ceux des lésions dont il dérive. Les lésions sont des lésions ulcéreuses toujours très nettement délimitées, plus ou moins creuses, à bords nettement taillés à pic. Le fonds des ulcères est inégal, bourbillonneux, fournissant un pus abondant, donnant lieu, par sa concrétion, à des croûtes atteignant souvent un centimètre d'épaisseur. Ces croûtes sont dures, d'une coloration brun verdâtre. Au point de vue objectif, deux alternatives peuvent se présenter. Ou bien le phagédénisme conserve la physionomie de la lésion dont il dérive. Ou bien il se défigure et perd les caractères distinctifs de son origine. Tel est le cas, lorsque l'ulcère phagédénique prend l'aspect d'un ulcère douloureux, inflammatoire, d'un rouge ardent ou vineux, à aréole fortement hyperhémée, à extension rapide, à progrès menaçants. C'est là le *phagédénisme inflammatoire*.

Le phagédénisme tertiaire perd également les caractères distinctifs de son origine syphilitique, quand il affecte la forme pultacée et diphtéroïde. Il présente alors une grande analogie avec la pourriture d'hôpital et certaines plaies diphtériques. Le fond est alors couvert de productions blanchâtres, pulpeuses, semblables à des fausses membranes. C'est le phagédénisme *pultacé* ou *diphtéroïde*.

Le phagédénisme peut aussi se compliquer de gangrène, ce qu'on explique par des endartérites, des trombooses, des oblitérations de vaisseaux capillaires. Les eschares sont formées de zones concentriques.

Le phagédénisme tertiaire est suceptible de tous les degrés. Dans certains cas il se restreint à un organe ou à une portion d'organe. Dans d'autres cas il détruit toute une région.

Les ulcérations phagédéniques s'accompagnent rarement d'adénopathies.

Les complications des ulcères phagédéniques sont tous les accidents susceptibles d'être produits par une plaie quelconque, à savoir : inflammations de voisinage, œdème, fusées purulentes interstitielles, abcès, érysipèles, lymphangites, manifestations inflammatoires.

1^o Phagédénisme en surface. — Ce phagédénisme évolue parfois capricieusement, semblant n'obéir à aucune loi, poussant des pointes à droite et à gauche. Mais c'est là l'exception. D'habitude le phagédénisme extensif suit une certaine direction, méthodiquement, suivant un plan d'invasion déterminé à l'avance. Il procède de deux manières, par le mode centrifuge et le mode serpigneux.

a) Mode centrifuge. — D'après la comparaison ingénieuse de Fournier, le mode d'extension centrifuge rap-

pelle absolument ce qui se passe lorsqu'on jette un caillou dans une nappe d'eau. Les vagues s'éloignent en faisant une série d'ondulations concentriques. C'est ainsi que le phagédénisme centrifuge rayonne circulairement autour d'un centre.

Un ou plusieurs tubercules apparaissent sur un point circonscrit, se ramollissent et se rompent. Il en résulte des ulcérations qui se recouvrent de croûtes brunâtres. Au bout d'un certain temps, ces croûtes se détachent et laissent à découvert une ulcération violacée. Alors apparaît un cercle de tubercules entourant complètement cette ulcération. Ces tubercules s'ulcèrent à leur tour, leur ulcération s'ajoute à l'ulcération primitive, un nouveau cercle de tubercules apparaît qui subit le même sort que les premiers et ainsi de suite, l'ulcération s'agrandit sans cesse par l'adjonction de nouveaux cercles ulcérés à sa périphérie. En même temps le centre de l'ulcération se cicatrice. Donc on a toujours une ulcération circulaire périphérique entourant une cicatrice centrale.

b) **Mode serpigneux.** — Le plus souvent le phagédénisme extensif procède par bandes sinueuses qui sillonnent une région à la façon d'un serpent. Ce sont des traînées ulcéreuses, plus ou moins régulières décrivant des arcs de cercle, des fers à cheval, et toujours caractérisées par ce fait que pendant que la tête, c'est-à-dire l'extrémité la plus récente, progresse, la queue se répare. « Ce qu'elle perd d'un côté, elle le gagne de l'autre » dit Ricord. Le phagédénisme extensif est plus effrayant que grave, parce que les ulcérations qu'il détermine sont ordinairement superficielles, et ne dépassent presque jamais la face profonde du derme.

Fournier a décrit sous le nom de phagédénisme érosif,

un phagédénisme excoriant plutôt qu'ulcérant la peau, et laissant une cicatrice à peine appréciable à la vue.

2^e Phagédénisme de profondeur ou térébrant. — Il détruit tout sous lui, la peau et les muqueuses, le tissu cellulaire, les aponévroses qui l'arrêtent quelquefois, les muscles, et jusqu'aux os dont il détruit le périoste, causant ainsi la carie et la nécrose osseuses.

Conséquences du phagédénisme. — Le phagédénisme produit non-seulement des mutilations, il peut amener également la disparition complète d'organes ou même de régions anatomiques. C'est à la face que les déformations produites sont les plus hideuses. Le nez peut être complètement détruit et remplacé par une fente triangulaire rappelant l'aspect d'une tête de mort.

Un cas célèbre est celui rapporté par Fournier. Il s'agit d'un artiste en proie au phagédénisme tertiaire. Il ne lui restait plus qu'un lambeau de la lèvre supérieure. Le milieu de la face n'était qu'une vaste cicatrice. On ne voyait plus trace de palais, de voile de palais, de pharynx, Les os propres du nez, le vomer, les branches montantes du maxillaire supérieur étaient détruits.

Dans un cas cité par Alibert, dans son traité des dermatoses, les ulcères syphilitiques qui recouvraient tout le corps étaient devenus profonds et fistuleux. Ils s'étaient réunis, et au lieu des téguments on ne voyait sur tout le corps qu'une vaste croûte suppurante.

Plus effrayant encore est le cas cité par Delpech. Dans ce cas, le phagédénisme avait détruit le nez, les fosses nasales, le voile du palais et la voûte palatine. Le malade avait également perdu les os propres du nez, le vomer, les os unguis, l'ethmoïde, les deux maxillaires supérieurs, les palatins, le frontal, une partie du sphénoïde et de

l'occipital ; quatre sens avaient disparu, mais le malade jouissait pleinement des fonctions circulatoire, respiratoire et nutritive. La paralysie occupait les quatre membres. Il resta cinq mois dans cet état, eut un jour une crise avec étouffement et vomit un séquestre osseux qui qui n'était autre que l'apophyse basilaire de l'occipital.

Récidives. — Elles sont très fréquentes et peuvent se manifester, ou bien en situ, ou bien sur des points qui n'ont pas encore été atteints.

Marche. — Le plus souvent le phagédénisme a une marche essentiellement chronique. Il progresse ordinairement avec lenteur mais d'une façon continue, pouvant durer des mois et des années. C'est le phagédénisme chronique. Mais d'autres fois il marche et se développe avec une rapidité tellement foudroyante, qu'il mérite le nom de *phagédénisme aigu*.

La marche du phagédénisme est excessivement capricieuse. Par instants il reste stationnaire, puis tout à coup, sans raison, il recommence à évoluer. Aussi, tant qu'il subsiste un point malade, si petit, si imperceptible soit-il, il faut toujours redouter une recrudescence, toujours craindre que le mal ne soit qu'assoupi et ne se réveille plus terrible qu'auparavant.

La marche du phagédénisme peut être modifiée dans un sens favorable ou défavorable par des causes très diverses. Si, sous l'influence d'excès alcooliques, d'écarts de régimes, de fatigues, de pansements mal faits ou irritants, le mal peut prendre une gravité spéciale, sous l'influence d'autres circonstances, voire même de circonstances pathologiques, il peut s'améliorer et même guérir. Guéneau de Mussy a vu un phagédénisme tertiaire, qui durait depuis des mois et était rebelle à tous les traite-

ments, guéri en quelques jours par une violente attaque de choléra.

L'action curative de l'érysipèle est également bien connue. Desprès a présenté en 1873, à l'Académie de médecine, une malade qu'un érysipèle provoqué avait contribué à guérir d'un phagédénisme vénérien.

Il ne faudrait pas croire cependant que l'érysipèle a toujours cette influence salutaire. On a vu, dans quelques cas, l'érysipèle aggraver les symptômes locaux du phagédénisme et même entraîner la mort.

Terminaisons du phagédénisme. — 1^o La guérison est la terminaison de beaucoup la plus commune. Seulement en nombre de cas, elle n'est obtenue qu'au bout d'un temps très long et d'un traitement très énergique. Cette guérison s'accompagne de la formation de cicatrices larges, blanchâtres, plus ou moins fâcheuses suivant la région qu'elles occupent. Au niveau des articulations elles peuvent gêner les mouvements et imposer aux membres, surtout quand elles subissent la rétraction modulaire, des attitudes vicieuses. Elles peuvent déterminer l'atrésie ou l'oblitération d'orifices naturels.

2^o La chronicité indéfinie est un dénouement presque exceptionnel.

3^o La mort est également une terminaison peu commune, mais plus fréquente que la précédente. Elle résulte de facteurs divers. Tantôt elle est due à un épuisement général, au marasme. Tantôt elle est due aux suppurations prolongées, aux troubles gastriques, à l'influence débilitante du repos, à l'état moral.

Causes du phagédénisme. — Certains auteurs, entre autres Bell et Carmichael, ont voulu incriminer comme cause du phagédénisme un virus particulier, différent du

virus syphilitique, et qui déterminerait un chancre particulier, le chancre phagédénique. Donc tout phagédénisme tertiaire devrait être précédé d'un chancre phagédénique. Cette théorie a contre elle l'observation ; en effet, l'observation démontre que le phagédénisme ne succède pas toujours à un chancre phagédénique, mais qu'il succède souvent à un chancre induré ordinaire. D'ailleurs s'il existait pour le phagédénisme un virus particulier, le traitement spécifique ne pourrait avoir aucune action contre lui.

Les causes du phagédénisme sont locales ou générales :

1^o Causes locales. — Dans cette catégorie rentrent toutes les circonstances qui entretiennent les parties malades dans un état d'irritation particulière. Ce sont, entre autres, l'absence de traitement local, les pansements irritants ou les pansements mal faits, la malpropreté, la négligence, le contact irritant de corps étrangers, etc.

2^o Causes générales. — Il faut citer au premier rang des causes générales l'absence ou l'insuffisance de traitement au début de la maladie syphilitique. L'âge avancé est également une cause fréquente de phagédénisme, et cela à cause de l'affaiblissement de l'organisme qui ne peut plus lutter efficacement contre la maladie. L'alcoolisme agit également comme cause générale de phagédénisme, non-seulement par les poussées congestives, les troubles circulatoires qu'il détermine du côté des téguments, mais aussi par la débilitation, la tendance à la dégénérescence graisseuse qu'il provoque chez le malade. Ricord, pour bien montrer ces rapports du phagédénisme avec l'alcoolisme, a proposé d'appeler *æno-phagédéniques*, les manifestations phagédéniques survenant chez les ivrognes.

La grossesse, la scrofulo-tuberculose, bref toutes les causes qui prédisposent aux syphilides ulcéreuses prédisposent également au phagédénisme. Ce sont les veilles, les fatigues, la misère physiologique, le mauvais état de la santé, des fonctions digestives, l'affaiblissement de la constitution par des maladies antérieures, les conditions d'hygiène défectueuses, l'alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, etc., etc.

CHAPITRE IV

Etiologie.

Pourquoi la syphilis se traduit-elle dans certains cas par des accidents cutanés (syphilides tertiaires et syphilides malignes précoces), tellement graves qu'ils entraînent des difformités considérables et peuvent même amener la mort du malade ? En d'autres termes pourquoi la syphilis se traduit-elle par des symptômes plus graves dans certains cas que dans d'autres ? Pour expliquer ce fait deux théories sont en présence.

D'après la première, la gravité de la syphilis dépendrait du virus lui-même, du germe, de la graine d'où est issue la syphilis.

D'après la seconde théorie, ce serait le terrain sur lequel la syphilis est appelée à germer et à évoluer, qui lui imprimerait sa gravité particulière.

La théorie qui rattache à l'influence de la graine virulente le plus ou moins de gravité de la syphilis est assez séduisante, mais la clinique nous démontre qu'il n'y a aucun rapport entre l'origine d'une syphilis et son degré de gravité, une syphilis très grave pouvant très bien donner naissance, par contagion, à une syphilis bénigne, et réciproquement une syphilis bénigne donner naissance à une syphilis grave, et en effet cela se voit très souvent. Aussi cette théorie est-elle à peu près abandonnée par tous les auteurs, quoiqu'elle conserve encore d'ardents défenseurs, entre autres le professeur Gémy, d'Alger. Pour lui c'est bien de la graine et non du terrain

que dépend la gravité de la syphilis, et il résume son opinion dans cet aphorisme : « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-la à une source largement, longuement, profondément mercurialisée ».

A l'appui de sa théorie, Gémy cite des exemples qui semblent prouver qu'il ne faut pas rejeter complètement l'influence du virus. Deux observations, entre autres, paraissent assez probantes.

Il s'agit de deux Arabes affectés tous deux d'impaludisme et syphilitisés à une source non mercurialisée. Ces deux malades ont eu des syphilis très graves. L'un d'eux est mort, et c'est justement celui qui avait eu les accidents paludéens les plus légers, l'autre qui était profondément cachectisé, et qui, vu sa constitution, aurait dû avoir les accidents les plus graves, a eu la vie sauve.

Donc la théorie du virus syphilitique semble avoir raison dans certains cas.

La deuxième théorie, celle qui fait dépendre la gravité de la syphilis du terrain sur lequel elle se développe, est la théorie la plus généralement adoptée.

Les facteurs de gravité de la syphilis peuvent être rangés sous deux chefs. Ce sont :

1° *Les influences hygiéniques.* — Dans ce premier groupe on peut ranger un grand nombre de causes de gravité, telles que l'encombrement, la misère, la malpropreté, les logements étroits, insalubres, mal éclairés et mal aérés, une alimentation mauvaise ou insuffisante, bref toutes les mauvaises conditions hygiéniques auxquelles est soumis le malade.

2° *L'affaiblissement de la constitution* résultant de causes très diverses, telles que maladies habituelles, débilité native, anémie, lymphatisme, scrofulo-tuber-

culose, accouchement récent, lactation prolongée, chagrins, émotions, fatigues, etc.; jeune âge et âge avancé. Enfin une cause qui semble dominer toutes les autres, c'est l'absence ou l'insuffisance de traitement au début.

A. *Influences hygiéniques.* — Le climat pas plus que la race ne semble avoir aucune influence sur la gravité de la syphilis. Si la syphilis est plus grave chez certains peuples que chez d'autres, cela tient surtout aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils sont placés. Si quelquefois dans les pays tropicaux, la syphilis revêt le caractère de gravité qu'on lui voit, il faut en rechercher la raison ailleurs que dans le climat lui-même, par exemple dans les cachexies endémiques telles que l'impaludisme, dans l'état misérable, la malpropreté où sont plongées les populations de ces pays. Ainsi la syphilis tropicale est malfaisante au plus haut degré pour l'Européen en raison de l'état d'anémie auquel ce dernier est fatalement amené par le fait seul de son séjour dans les pays chauds. La misère et la malpropreté sont des facteurs étiologiques importants. On voit, en effet, la syphilis acquérir presque toujours une grande gravité chez les peuples misérables et malpropres, ce qui le prouve c'est la gravité de la syphilis chez les Chinois, les Arabes, les populations rurales de la Russie. Le sibbens d'Ecosse n'est autre qu'une syphilis aggravée par la malpropreté et ne sévit que sur les classes pauvres.

L'encombrement, c'est-à-dire l'agglomération d'un grand nombre d'individus au même point est aussi une cause de gravité. C'est l'encombrement et toutes les mauvaises conditions hygiéniques réunies qui expliquent la gravité des épidémies du xv^e et du xvi^e siècles.

L'alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, les

excès de travail ou de plaisir, la débauche, les logements insalubres, sont autant de causes d'aggravation de la syphilis, dont l'action s'explique par l'influence débilitante qu'elles exercent sur l'organisme.

Un exemple cité par Hardy montre bien l'influence de ces mauvaises conditions hygiéniques sur la syphilis. Il s'agit d'un homme qui contracta la syphilis en 1870. Il fit la campagne, fut fait prisonnier à Sedan et souffrit de toutes les rigueurs de la captivité. Il fut atteint un an après de syphilides ulcéro-croûteuses qui lui laissèrent des cicatrices sur tout le corps. L'apparition rapide de ces ulcérations semble à Hardy devoir être rapportée aux mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires auxquelles cet homme fut soumis pendant son internement en Prusse.

B. Influences débilitantes. Affaiblissement de la constitution. — Au nombre de ces influences débilitantes on peut ranger les chagrins, les émotions, les fatigues, la lactation prolongée, la grossesse, l'anémie, le lymphatisme, etc., toutes causes qui dépriment l'organisme et ne lui permettent pas de lutter efficacement contre la syphilis.

Mais il est cinq causes primordiales dont l'existence paraît nettement démontrée. Ce sont :

- 1° L'alcoolisme ;
- 2° L'impaludisme ;
- 3° La scrofulo-tuberculose ;
- 4° Les âges extrêmes de la vie ;
- 5° L'absence ou l'insuffisance de traitement au début.

Enfin, il est d'autres états pathologiques tels que le diabète dont l'action n'est pas encore nettement démontré,

mais qui dans certains cas ont paru aggraver notablement les symptômes et le pronostic de la syphilis.

1^o Alcoolisme. — L'influence de l'alcoolisme sur la syphilis avait été signalée par Ricord qui désigne sous le nom de chancre œnophagédénique, le chancre ulcéreux et douloureux des alcooliques.

« Les excès de vin et de liqueurs sont contraires aux vérolés », dit Boerhaave.

L'alcoolisme chez les syphilitiques provoque l'apparition de syphilides tuberculeuses qui se font remarquer par leur éclosion précoce (première année de la syphilis) et par leur confluence. L'alcoolisme favorise donc non seulement l'éclosion des syphilides tertiaires, mais aussi leur éclosion prématurée et leur remarquable malignité.

Fournier cite un cas qui montre bien cette influence de l'alcool sur la syphilis.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, de bonne santé habituelle. En octobre 1885, il a un chancre. 6 semaines après le chancre, il a eu, outre les accidents habituels de la syphilis, de nombreuses ulcérations de la face. Entré à l'hôpital le 12 mars 1886, il était criblé de syphilides gommeuses, ulcératives, profondes, creuses, larges et confluentes. Or ce jeune homme était alcoolique, il buvait en moyenne 2 à 3 litres de vin par jour, pas mal de bière, de l'eau-de-vie et quelques verres d'absinthe.

Barthélemy et Devilliez, dans un mémoire publié en 1882 par la *France médicale*, sous ce titre : « les Invi-teuses », ont bien montré cette influence de l'alcool sur la syphilis.

Diday cite aussi un cas bien démonstratif. Il s'agit de deux époux qui avaient contracté la syphilis presque en même temps. Chez eux la syphilis semblait avoir la même

intensité. La femme se guérit assez promptement quoi qu'elle fut plus lymphatique que son mari. Celui-ci, qui était commerçant et, par suite, était obligé de voyager pour ses affaires, absorbait journellement des quantités de liqueurs de toutes sortes ; aussi le mal se perpétua-t-il sous forme de poussées successives et rebelles.

L'alcoolisme dispose également aux complications phagédéniques, il détermine des syphilis à poussées multiples presque subintrantes. Il conduit à la cachexie.

Cette influence de l'alcoolisme sur la syphilis s'explique non seulement par les conditions spéciales de vitalité qu'il crée à l'appareil tégumentaire, telles que poussées congestives, troubles circulatoires, stases veineuses, altérations des vaisseaux, mais aussi par l'état de débilité, par la tendance à la dégénérescence graisseuse qu'il provoque chez le malade, par la sclérose des organes les plus importants tels que le foie, le rein. Or il est évident qu'une maladie qui provoque dans l'organisme un état de misère physiologique aussi avancée, doit aggraver singulièrement les effets du virus syphilitique.

2° *Impaludisme*. — L'impaludisme provoque l'apparition de syphilides tuberculo-ulcéreuses remarquables par leur tendance à l'extension et à la récurrence. Cette action est due à l'anémie et à la débilitation produite par l'impaludisme sur l'organisme, qui a moins de force pour lutter contre la syphilis, maladie également anémiant.

Le cas suivant cité par Fournier est bien démonstratif. Il s'agit d'un jeune homme un peu lymphatique, de constitution moyenne, dont les antécédents étaient assez bons, qui contracte la syphilis en 1871. Apparaît un chancre ulcéré suivi de syphilides également ulcéreuses mais qui cèdent assez facilement au traitement. Aucune

manifestation ne se produit pendant 13 ans, au bout desquels, étant employé comme ingénieur à la compagnie de Panama, il gagne la fièvre intermittente avec accès pernicieux. Aussitôt la syphilis rentre en scène par une invasion formidable de gommes et de syphilides gommeuses avec altération de la santé générale. Le traitement ne donne aucun résultat. On ramène le malade à Paris où il consulte Fournier qui le trouve littéralement couvert d'ulcères gommeux, dont quelques-uns mesuraient 15 à 20 centimètres de longueur sur 1 à 3 centimètres de profondeur.

3° *Scrofulo-tuberculose*. — L'influence de la scrofulo-tuberculose sur la vérole a été signalée par Hunter, par Ricord qui, sous le nom de *scrofulate de vérole*, désigna l'association de ces deux diathèses.

Cette influence se traduit par la tendance du chancre et des accidents cutanés à prendre les formes ulcératives et suppuratives. Les syphilides tuberculeux sont remarquables par leur précocité, leur malignité et leur ténacité.

4° *Ages extrêmes de la vie*. — La syphilis a en général une grande malignité dans le bas-âge. On sait en effet que la mortalité par syphilis est très grande dans les premières années de la vie.

La syphilis des gens âgés est en général grave. Ricord disait : « Si vous voulez avoir la vérole, profitez du moins pour cela du temps où vous êtes jeunes, car il ne fait pas bon lier connaissance avec elle quand on est vieux ».

Et, en effet, la syphilis contractée au delà de l'âge de 50 ans est généralement maligne. Les syphilides prennent très tôt le type tertiaire. Les types les plus fréquents de

syphilides sont les types tuberculo-ulcéreux et ulcéreux d'emblée. Ces éruptions sont généralisées, confluentes, elles ont de la tendance à envahir toute la surface cutanée. Elles sont remarquables par leur ténacité, elles résistent au traitement spécifique avec une grande opiniâtreté, et cela malgré la médication la plus énergique et la mieux dirigée. Elles ont de la tendance à gagner en largeur et en profondeur, elles se compliquent fréquemment de phagédénisme, de gangrène.

La syphilis amène, chez les gens âgés, l'amaigrissement, la perte de forces et la cachexie.

La raison de cette malignité est bien simple. L'âge adulte permet d'opposer au mal une résistance qui va diminuant sans cesse avec les années, aussi la syphilis contractée au delà de l'âge moyen est-elle fréquemment remarquable par sa gravité.

5° *Absence ou insuffisance de traitement.* — Fournier regarde avec raison l'absence ou l'insuffisance de traitement comme la cause la plus fréquente et la plus importante de malignité de la syphilis.

Ce sont, en effet, les individus non traités ou mal traités qui offrent le plus fort contingent d'accidents tertiaires.

6° *Grossesse.* — Pour la syphilis comme pour toutes les maladies qui se manifestent pendant sa durée, la grossesse est une cause particulière d'aggravation. « La grossesse, dit Fournier, complique la vérole en lui ajoutant son anémie propre, son influence débilitante, sa disposition aux troubles de nutrition ».

Il ne faudrait pas croire que cette influence fâcheuse prenne fin avec l'expulsion du fœtus, elle se manifeste aussi pernicieuse si la femme allaite son enfant, par les mêmes raisons d'affaiblissement général.

Les syphilides ulcéreuses sont fréquentes chez les femmes enceintes. Le fait suivant rapporté par Jullien marque bien cette influence fâcheuse de la grossesse : « Une femme fut contaminée au sortir d'une couche par son mari. Ce dernier avait une vérole insignifiante. Après une incubation de 15 jours survint un chancre qui rongea une bonne partie de la vulve, et vers le troisième mois des tumeurs gommeuses parurent un peu partout. Moins d'un an après la plus grande partie de la face avait été détruite par leur ulcération devenue phagédénique. »

Le *surmenage* est très souvent une cause aggravante. D'après Fournier la syphilis est très souvent maligne chez les viveurs.

7° *Diabète* — Sous l'influence du diabète les manifestations de la syphilis ont de la tendance à l'ulcération. L'évolution de la maladie serait également plus rapide.

Chez les albuminuriques on a signalé la tendance des éruptions à la confluence.

L'influence pernicieuse de la prédisposition dartreuse n'est plus contestée.

La syphilis se traduit alors par des accidents secondotertiaires plus précoces et plus graves.

Le Dr Juliano Moreira (de Bahia), regarde également le *saturnisme* comme une cause d'aggravation de la syphilis. Il a observé 1 cas de syphilis maligne tuberculo-ulcéreuse et 1 cas de *rupia* généralisé chez des peintres qui ne présentaient aucune tare autre que le saturnisme.

Dans sa thèse, Ory rapporte des cas de syphilides malignes précoces résultant de *chancres développés au niveau du mamelon ou à la bouche*.

Dans le premier cas, il explique la gravité des accidents par la débilitation due à l'allaitement chez les nourrices.

Pour ce qui est des syphilides malignes précoces, consécutives à des chancres de la bouche, il se base sur une influence toute mécanique de la lésion ; la moindre lésion sur la langue devient une gêne pour la mastication, alors le malade évite de manger, condition détestable pour un organisme qui va être si fortement ébranlé. De plus, les produits de la suppuration étant sans cesse absorbés par le malade, c'est encore une cause de dyspepsie et d'infection septicémique.

Diday a constaté la gravité de la syphilis chez les sujets soumis par profession au froid et à l'humidité, par exemple, chez les garçons de café servant comme glaciers et chez les ouvriers employés au percement des tunnels, des parois desquels l'eau dégoutte constamment.

Parent-Duchâtel avait fait la même remarque pour les ouvriers qui travaillent dans les égouts de Paris.

Faut-il croire à l'influence du chancre induré ulcéreux ou phagédénique sur la marche ultérieure de la syphilis, en vertu de cet aphorisme : « à chancre malin, syphilis maligne ? » Ricord, Bazin, Diday et Rollet le croient.

Bassereau également, car il dit : « le chancre est la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs. La bénignité du chancre annonce des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité. »

Cela n'est pas toujours vrai, et il y a beaucoup de restrictions à faire à cette doctrine : « les accidents tertiaires les plus graves, dit en effet Fournier, n'ont souvent eu pour point de départ que le chancre le plus bénin. »

D'une façon générale, la longueur de l'incubation est en raison inverse de la gravité de la syphilis : une incubation longue indique une syphilis faible, tandis qu'une incubation courte une syphilis forte. Mais, à côté de toutes ces causes déprimantes, n'y a-t-il point une autre cause qui nous échappe ? Quelle que soit la constitution du sujet il est impossible de dire à l'avance, avec quelque chance de certitude si la syphilis qui débute sera bénigne, de moyenne intensité ou maligne. Ne voit-on pas, en effet, la syphilis sévir avec une extrême intensité chez des individus sains, vigoureux, bien nourris ; tandis qu'elle sévit avec une bénignité absolue chez des individus malades, chétifs, soumis à toutes les misères ? Il y a là un élément que l'on ne peut expliquer, peut-être est-ce l'idiosyncrasie, comme le croit Hutchinson.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic des syphilides ulcéreuses est à faire :

1° Entre les syphilides ulcéreuses circonscrites et les syphilides malignes précoces ;

2° Entre les syphilides pustulo-ulcéreuses et les syphilides tuberculeuses ;

3° Entre les syphilides ulcéreuses et les maladies qui leur ressemblent le plus, telles que les dermopathies produites par la serofulo-tuberculose, le lupus, la lèpre tuberculeuse, le rupia scrofuleux, l'ecthyma cachectique, etc.

1° Diagnostic des syphilides ulcéreuses circonscrites avec les syphilides malignes précoces.

Ce diagnostic est en général facile quoique les lésions anatomiques soient identiques dans l'un et dans l'autre cas. Les syphilides malignes précoces se distinguent des syphilides circonscrites ulcéreuses par la précocité de leur apparition, par l'intensité des phénomènes généraux dont elles s'accompagnent, la dissémination sur tout le corps et l'absence de groupement de leurs éléments éruptifs, par l'engorgement du tissu lymphatique par l'adénopathie auxquels elles donnent lieu.

2° Diagnostic des différentes variétés de syphilides ulcéreuses entre elles.

Au début la forme pustuleuse est facile à distinguer de la forme tuberculeuse, puisqu'elle est constituée par

un bouton purulent, par une pustule, tandis que la forme tuberculeuse est constituée par de petits boutons rouges, durs, saillants, pleins.

La difficulté commence à la période ulcéreuse. Il faut alors s'aider des commémoratifs du malade. Les croûtes de la variété ecthymateuse sont plus épaisses que celles de la variété tuberculo-ulcéreuse, et les ulcères ecthymateux sont dépourvus de la zone d'induration si prononcée qui entoure les ulcères tuberculeux.

Les cicatrices semblent être plus déprimées dans la forme purulente que dans la forme tuberculeuse.

D'ailleurs, au point de vue pratique, ces distinctions entre les différentes formes de syphilides ulcéreuses sont peu importantes, puisque le traitement est le même dans les différents cas.

Quant au diagnostic entre la forme tuberculo-ulcéreuse et la forme tuberculo-ulcérante gangréneuse, il n'est guère possible qu'à la période ulcéro-croûtes, puisque, à cette époque, l'ulcère est recouvert par une croûte dans la forme tuberculo-ulcéreuse et par une eschare dans la forme tuberculo-ulcérante gangréneuse.

3° Diagnostic entre les syphilides ulcéreuses précoces et tardives et les maladies qui leur ressemblent le plus

1° On a confondu les syphilides malignes précoces avec la *variole* et la *varioloïde* à cause des phénomènes généraux qui accompagnent leur début. Mais l'évolution ultérieure ne permettra pas longtemps cette confusion.

2° On peut avoir également à faire le diagnostic des syphilides malignes précoces avec la *morve aiguë* et le *farcin aigu*. Ces deux dernières maladies sont en effet caractérisées par l'apparition de plaques érysipélateuses, de pustules, de plaques gangréneuses (morvè aiguë),

d'angioleucites suppurées, d'abcès qui tendent vers l'ulcération, d'une éruption pustuleuse et gangréneuse (farcin aigu) ; le tout accompagné, comme les syphilides malignes précoces, d'une fièvre intense et d'une altération profonde de la constitution. Le jetage abondant de la morve aiguë, le mélange de lésions qui n'ont pas toutes la physionomie des altérations syphilitiques, l'excessive intensité des phénomènes généraux, donnent à la maladie fareino-morveuse, une physionomie terriblement grave qui, la plupart du temps, permettra de la distinguer de la syphilis maligne à marche rapide. Ajoutons, en outre, qu'un autre point de diagnostic sera la mort qui se produit très rapidement dans la morve aiguë, dans un intervalle qui dépasse rarement 4 à 5 semaines, et que le farcin aigu, quoiqu'ayant une durée un peu plus longue, n'a pas une issue plus heureuse.

Dans un certain nombre de cas de syphilis maligne, où il y a une rhinite très prononcée, le jetage s'exagère et le diagnostic ne reste plus possible que par l'essai du traitement et les inoculations expérimentales.

3° *La lèpre*, maladie à marche lente, ne pourra guère être confondue qu'avec les syphilides ulcéreuses circonscrites et non avec les syphilides malignes précoces, sauf dans les cas où elle prend une marche aiguë. La lèpre produit des déformations plus hideuses que la syphilis, elle se traduit par l'apparition de macules bronzées, de tubercules et d'ulcères au niveau desquels la sensibilité est émoussée ou détruite complètement.

4° La gale peut, dans certains cas, provoquer la formation sur différents points du corps, notamment sur les membres supérieurs, des croûtes noirâtres ressemblant aux croûtes d'ecthymo ou de rupia. Ces croûtes ne se

rencontrent jamais sur le visage ; elles sont plus minces que celles de l'ecthymo syphilitique, les surfaces qu'elles recouvrent sont à peine ulcérées ; elles ne laissent pas, après leur chute, une cicatrice persistante et n'ont pas d'auréole cuivrée. Enfin il y a dans la gale compliquée d'ecthyma, des démangeaisons, des sillons, une éruption vésiculeuse ou pustuleuse aux régions qu'affecte de préférence l'acarus.

5° L'ecthyma syphilitique a beaucoup de ressemblance avec l'ecthyma qui survient chez les gens débilités, chez les vieillards tombés dans un grand état de misère organique. Cet *ecthyma cachectique* se concentre de préférence, comme l'ecthyma syphilitique, sur les extrémités inférieures. Donc, dans de tels cas, la lésion est souvent insuffisante à elle seule pour établir le diagnostic. On trouve les éléments du diagnostic dans les antécédents et les phénomènes concomitants. Les croûtes de l'ecthyma cachectique ont une couleur moins foncée que celles de l'ecthyma syphilitique. L'auréole est d'un rouge bleuâtre et non d'un rouge cuivré comme dans l'ecthyma syphilitique.

L'ulcération de l'ecthyma cachectique est en général fongueuse, à bords décollés ; les cicatrices en sont rosées et non déprimées et d'un blanc mat comme celles de l'ecthyma syphilitique.

6° Les syphilides tuberculeuses pourraient, au début, être confondues avec les *syphilides papuleuses*. L'erreur serait de peu d'importance au point de vue du traitement, mais il n'en serait pas de même au point de vue du pronostic, qui est plus grave pour la syphilide tuberculeuse que pour la syphilide papuleuse. Cette erreur pourra être commise surtout dans le cas de syphilides tuberculo-ulcé-

reuses et tuberculo-ulcérautes gangréneuses précoces, qui existent souvent en même temps que les syphilides papuleuses. La syphilide papuleuse a des éléments plus petits, les symptômes généraux sont moins intenses que dans le cas de syphilides malignes précoces. D'ailleurs l'évolution ultérieure ne permettra pas longtemps une erreur de diagnostic.

7° Le *molluseum* se distingue facilement du tubercule syphilitique par la mollesse de ses éléments, et par la dépression que ces éléments offrent à leur sommet.

8° L'*acné rosacé tubéreux* est constitué par des tubercules qui n'ont pas la surface lisse et polie des tubercules syphilitiques. Les tubercules acnéiques ne se localisent exclusivement qu'à la face, ils pâlisent à la moindre pression.

9° Comme la syphilide tuberculeuse, le *rhinosclérome* a de la tendance à détruire les parties molles du nez, mais non les parties osseuses ; il a une évolution très lente. Il ne cède pas au traitement spécifique, il a une consistance dure pierreuse.

10° La syphilide tuberculo-ulcéreuse pourra être confondue avec les ulcérations produites par le cancer de la peau. Dans le cas de cancer de la peau, on observe des douleurs lancinantes, un engorgement rapide de ganglions qui sont en rapport anatomique avec les ulcérations. La peau présente une coloration gris jaunâtre. Les tubercules cancéreux sont plus aplatis que les tubercules syphilitiques. Leur couleur est plutôt rouge bleuâtre que rouge sombre comme les tubercules syphilitiques. Ils donnent à la peau un aspect marbré.

L'ulcération du cancer n'est pas une véritable ulcération comme l'ulcération syphilitique ; c'est une tumeur

ulcérée. L'ulcération cancéreuse se produit lentement, elle a un fond inégal, anfractueux, d'une teinte violacée, ses bords sont épais, durs, renversés en dehors.

11° *Scrofulides ulcéreuses (lupus vulgaire)*. — Le diagnostic entre les syphilides ulcéreuses (*lupus syphilitique*) et les scrofulides ulcéreuses (*lupus vulgaire*), est très difficile par suite de la ressemblance des lésions, et par suite de ce fait que comme les syphilides ulcéreuses, le *lupus vulgaire* siège presque toujours à la face et surtout au nez.

Les ulcérations syphilitiques peuvent se rencontrer chez des individus de constitution quelconque, bonne ou mauvaise, tandis que les ulcérations scrofuleuses ne se rencontrent guère que chez des individus à tempérament spécial, de constitution faible, à antécédents tuberculeux ou scrofuleux.

La marche des accidents pourra également servir au diagnostic. Le *lupus vulgaire* est, en effet, une lésion essentiellement chronique, torpide, mettant des mois et des années à évoluer, tandis que les syphilides ulcéreuses, quoique évoluant lentement, ont des allures plus rapides, ne durent jamais plus de quelques mois.

Le *lupus* n'apparaît guère que chez les jeunes gens et les enfants. Il est rare qu'il se montre après l'âge de 20 ans, tandis que la syphilis est de tous les âges, mais appartient surtout à l'âge adulte. Il n'y a guère que dans le cas de syphilis héréditaire, que l'âge ne pourra être un élément de diagnostic.

L'examen du malade pourra aider au diagnostic. Par exemple, dans le cas de syphilis héréditaire, on constatera les déformations du crâne, les lésions des dents ; dans le cas de scrofulose, les adénopathies cervicales. L'examen

du malade permettra en outre de découvrir la trace du chancre, l'adénopathie inguinale, les traces d'anciennes syphilides. Il faudra pour établir le diagnostic remonter aux antécédents morbides, réédifier tout le fond pathologique du malade depuis sa naissance.

Les accidents contemporains seront également d'un grand secours au point de vue du diagnostic. Des écrouelles dans la région cervicale, une tumeur blanche, des écoulements d'oreilles, seront des signes en faveur de la scrofulose et, par suite, du lupus. Les gommès du voile du palais, du pharynx; les *exostoses*, le *sarcocèle* syphilitique seront des signes en faveur d'ulcérations syphilitiques.

On aura soin de faire une enquête sur les ascendants et les collatéraux. Si chez eux on ne trouve aucune trace de tuberculose, mais des traces de syphilis, il y a lieu de penser à des lésions syphilitiques chez le malade.

Tous les signes que nous venons d'énumérer sont des signes rationnels. C'est en s'appuyant sur eux que l'on parvient le plus souvent à diagnostiquer les syphilides ulcéreuses avec le lupus vulgaire, les symptômes objectifs ne permettant en général pas à eux seuls, d'établir un diagnostic certain. Quelles sont donc les différences entre les syphilides tuberculo-ulcéreuses et les scrofulides ulcéreuses qui constituent le lupus ? Il y a deux cas à considérer :

1° Les lésions sont ulcérées.

2° Les lésions ne sont pas ulcérées.

1° Les lésions ne sont pas ulcérées. — Les tubercules syphilitiques sont toujours en nombre plus considérable que les tubercules lueux, et affectent une disposition

méthodique, ils forment des cercles, des segments de cercles, etc.

Les tubercules syphilitiques sont proéminents, arrondis, cuivrés, durs, secs, petits, serrés les uns contre les autres. Les tubercules lupeux sont moins saillants, plus aplatis, plus mollasses. Ils ont une couleur moins foncée, jaunâtre, sucre d'orge. Ils sont moins serrés les uns contre les autres que les tubercules syphilitiques.

Les tubercules syphilitiques peuvent siéger sur tout le corps, de préférence au visage il est vrai, tandis que les tubercules lupeux ne se rencontrent guère qu'à la face.

2° Les lésions sont ulcérées. — Les ulcères syphilitiques ont ordinairement une forme arrondie, tandis que les ulcères scrofuleux sont irréguliers.

Les ulcères scrofuleux sont moins profonds que les ulcères syphilitiques, et ils ont une teinte générale rosée plutôt que rouge sombre.

Les ulcérations scrofuleuses ont un fond moins creux que les ulcères syphilitiques. Le fond de l'ulcère scrofuleux a la coloration rosée des plaies atoniques, il est tapissé de bourgeons mollasses, irréguliers, fongueux.

Les bords de l'ulcère scrofuleux sont mous, moins turgescents, moins durs, moins élevés, plus déchiquetés que ceux de l'ulcère syphilitique. Ils sont décollés, flottants, livides ou violacés. L'auréole a une teinte rose pâle. Les liquides secrétés par l'ulcère scrofuleux, présentent moins de tendance à la concrétion que ceux des ulcères scrofuleux, et les croûtes qu'ils forment sont plus molles, plus jaunes et moins stratifiées que les croûtes des syphilides. L'ulcère scrofuleux semble moins destructif, s'étend moins vite que l'ulcère syphilitique.

Le nez étant l'organe le plus fréquemment atteint par

les deux espèces de lésions, quelles sont les différences qui existent entre le nez rongé par le lupus et le nez rongé par la syphilis ?

D'après Fournier, le nez rongé par la scrofule affecte (au moins dans son type le plus commun), la forme d'un nez abattu par un coup de hache, et obliquement abattu de haut en bas et d'avant en arrière, depuis le niveau inférieur des os propres jusqu'à la lèvre supérieure.

Au contraire, le nez mutilé par la syphilis, l'est au hasard d'ici ou de là ouvert asymétriquement et latéralement, détruit à gauche par exemple, et intact à droite, mutilé de la façon la plus irrégulière.

Après la cicatrisation, le nez syphilitique se présente sous l'aspect d'un nez qui a subi sur tel ou tel point une entamure, une destruction, une perte de substance. Ses cicatrices sont des cicatrices ordinaires, plus ou moins étendues, plus ou moins irrégulières, plus ou moins analogues à des balafres consécutives à un traumatisme ou à l'action d'un caustique. Après cicatrisation, le nez lueux rappelle l'aspect d'un nez de tête de mort, c'est-à-dire tronqué de haut en bas et d'avant en arrière, en même temps que largement ouvert en avant. C'est un moignon nasal à parois blanchâtres, racornies, parcheminées, rigides et coriaces, à la façon d'un cartilage. Hébra a dit très justement : « On croirait toucher un nez de carton. »

Lorsque l'affection ulcéreuse occupe le nez et les fosses nasales, il faut toujours s'inquiéter de l'état de la cloison. Si celle-ci est perforée, on aura tout lieu de croire à une lésion syphilitique, le lupus syphilitique ayant de la tendance à débiter par les muqueuses pour s'étendre consécutivement à la peau, tandis que le contraire a lieu pour le lupus vulgaire. Le lupus ne touche que rarement au

front et au cuir chevelu. La lésion syphilitique du nez est souvent accompagnée d'ozène.

La cicatrice laissée par l'ulcération syphilitique est mince, blanchâtre, à peine réticulée, déprimée, à peine pigmentée, entourée d'un liseré fortement festonné. La cicatrice du lupus est au contraire dure, couturée, plissée, traversée par des brides entrecroisées, elle est boursouflée, héloïdiforme, et plus adhérente aux tissus sous-jacents.

Enfin une dernière ressource pour établir le diagnostic, sera de recourir au traitement spécifique. On pourra également se servir de la lymphe de Koch qui donne une réaction dans le cas de tuberculose.

Les mêmes signes objectifs ou rationnels serviront à distinguer le phagédénisme tertiaire du phagédénisme scrofuleux.

CHAPITRE VI

Pronostic.

D'après les nombreux accidents auxquels elles donnent lieu, il est facile de voir que les syphilides ulcéreuses comportent toujours un pronostic sérieux.

Le pronostic doit d'abord tenir compte de la marche et de l'étendue de l'éruption, du nombre et de la tendance extensive des éléments éruptifs.

Les syphilides ulcéreuses sont redoutables par leur tendance à récidiver, et par le court intervalle qui sépare les récidives. Elles sont redoutables par leur tendance à s'éterniser sur la même région et par leur résistance au traitement qui fait que dans certains cas on est presque désarmé contre elles.

Les syphilides ulcéreuses criblent la peau de plaies dégoutantes qui font du malade qui en est atteint un objet d'horreur ; abandonnées à elles mêmes, elles peuvent amener les plus grands désordres surtout si le phagédénisme s'en empare.

Elles laissent à leur suite des cicatrices indélébiles, des mutilations qui donnent au malheureux qui en est atteint, quand elles siègent au visage un aspect hideux, qui le fait repousser par tous ceux qu'il approche. Ainsi défigurés, ces malheureux deviennent incapables de gagner leur vie, car qui voudrait les employer comme ouvriers ou comme domestiques ?

Au nombre des mutilations que laissent après elles les syphilides ulcéreuses sont à citer l'ectropion, la destruc-

tion totale ou partielle du nez, la destruction des lèvres, d'une partie de l'oreille, du voile du palais, de la cloison des fosses nasales, des piliers du pharynx, la perforation de la voûte palatine, la sténose rhinopharingée qui empêche les fosses nasales de communiquer avec le pharynx.

Les syphilides ulcéreuses ne sont pas seulement redoutables comme lésions locales, elles le sont aussi en ce qu'elles témoignent d'une mauvaise constitution. Elles débilitent l'organisme par l'abondante suppuration qu'elles produisent.

La mort peut être produite par les progrès incessants de la cachexie. Dans un cas de Dubuc elle fut amenée par une lésion viscérale, par une cirrhose hépatique lobulaire ou cirrhose à gros grains.

Dans notre observation I, elle a été causée par une hémorrhagie cérébrale, due probablement à l'altération des vaisseaux de la base. Les syphilis malignes précoces, s'accompagnent ou sont précédées de symptômes généraux dont l'intensité peut devenir assez grande pour constituer une véritable complication.

Quelquefois il survient des complications du côté du système nerveux.

Au nombre des maladies qui peuvent survenir dans le cours des syphilides ulcéreuses, sont à citer la pneumonie, l'érysipèle qui peuvent quelquefois amener la rétrocession des lésions cutanées, et les affections gastro-intestinales, surtout la diarrhée qui survient presque toujours dans les fièvres hectiques syphilitiques.

Le phagédénisme est une complication très sérieuse par les mutilations énormes et par l'abondante suppuration qu'elle produit, suppuration qui plonge le malade dans le marasme et la cachexie.

Cependant les syphilides ulcéreuses ne mettent pas, en général, la vie en danger, surtout si l'on emploie contre elles, dès le début, tous les moyens thérapeutiques dont on dispose.

Nous allons maintenant donner quelques observations, Les deux premières seules sont personnelles, les autres sont employées à la littérature médicale.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Février).

Syphilis acquise datant de 3 ans. — Syphilides tuberculo-ulcéreuses. — Hémorrhagie cérébrale. — Mort.

L..., âgé de 50 ans, contre-maitre, père de quatre enfants bien portants, cependant un de ses enfants a été soigné à la Maison de secours pour des croûtes sur la tête.

Le malade n'a jamais fait d'excès alcooliques. Constitution débilisée.

A contracté la syphilis en septembre 1893. Six semaines après le chancre, apparurent des tubercules sur le nez. Le traitement commencé deux mois après l'apparition du chancre a alors consisté en frictions mercurielles.

Ces frictions étaient faites pendant dix jours de suite, puis on laissait un intervalle de dix jours pendant lesquels on administrait le sirop de Gibert.

Ce traitement a été continué pendant neuf mois.

Première entrée à la Maison de secours, au service de M. Vautrin, au mois de juillet 1894. Le malade présente alors des tubercules à la face et au bras gauche. On le traite également par les frictions mercurielles.

Il sort presque aussitôt du service pour y rentrer un mois après, au mois d'août. Les tubercules commencent alors à s'ulcérer. Il fait à l'hôpital un séjour de quatre mois, pendant lequel il est traité par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Il sort sans être guéri.

Troisième rentrée en mars 1895. Il fait un séjour de sept mois au service, est de nouveau traité par les frictions et l'iodure, et sort à peu près guéri.

Le malade rentre une dernière fois au service, où il est alors soigné par M. Février, le 15 janvier 1896, présentant de nombreuses ulcérations à la face, sur la tête et au bras droit. La face n'est plus qu'une vaste ulcération, le nez est complètement détruit.

Le traitement par les frictions et l'iodure de potassium à haute dose est aussitôt institué, pendant que les ulcérations sont soigneusement lavées et pansées à l'iodoforme. Au bout de peu de temps on remarque une amélioration considérable.

Les croûtes commencent bientôt à tomber et les ulcérations à se cicatriser. Au commencement de mars, toutes les croûtes étaient tombées et la face était entièrement cicatrisée. Le traitement fut néanmoins continué.

A cette époque, la face était occupée par une vaste cicatrice. Le nez était en grande partie détruit, il n'en restait qu'un petit moignon rougeâtre, lisse, ne présentant qu'une petite ouverture d'environ 1 centimètre de diamètre. La face avait l'aspect d'une face de tête de mort.

En dehors du nez, dans un rayon de 4 à 5 centimètres, la peau est lisse, rougeâtre, bridée par des cicatrices et adhérente au plan profond. Ces cicatrices, par leur rétraction, avaient attiré l'angle de l'œil en bas et en dedans vers la racine du nez et avaient produit un véritable ectropion. Les points lacrymaux regardaient en bas et en dehors et, par conséquent, ne pouvaient plus puiser les larmes qui s'écoulaient sur la joue. La lèvre supérieure était également occupée par une cicatrice lisse, rougeâtre. Sur le front, on voyait aussi des cicatrices.

Le malade paraissait guéri, malgré un état d'affaiblissement et de débilitation assez marqué, quand, le 24 mars au matin, on le trouva sans connaissance dans les lieux d'aisances.

Revenu à lui, le malade put prononcer quelques paroles et se plaignit de violents maux de tête à la région occipitale. Puis bientôt il tomba dans le coma avec respiration stertoreuse et convulsions surtout du côté gauche du corps. Cet état dura environ deux heures et se termina par la mort.

A l'autopsie, on constata un vaste épanchement sanguin sous-durémérien, occupant surtout la base et les faces latérales des hémisphères, c'est-à-dire la région des circonvolutions motrices.

Le ventricule latéral droit du cerveau était rempli par un gros caillot sanguin.

Le ventricule latéral gauche ne contenait rien.

A la partie antéro-interne du lobe frontal droit, on constatait une anfractuosité avec rupture et perte de la substance grise. Cette lésion paraissait être une lésion ancienne.

Dans le 4^e ventricule se trouvait un caillot peu volumineux. Dans la protubérance annulaire et les pédoncules cérébelleux supérieurs, on voyait des foyers hémorragiques de la dimension d'une pièce de 20 centimes et dus probablement à la rupture de petits anévrysmes miliaires.

Endartérite peu prononcée des artères de la base (hexagone de Willis).

La cérébrale antérieure gauche présente une vaste déchirure, par où devait être produite l'hémorrhagie, cause de la mort.

Les noyaux gris centraux étaient intacts.

Dans ce cas, la gravité de la syphilis semble devoir surtout être attribuée à l'âge du malade; ce malade a, en effet, 50 ans et on sait qu'à partir de cet âge la syphilis est particulièrement grave; elle peut être aussi attribuée à l'insuffisance de traitement au début, en effet, le traitement n'a été commencé que deux mois après le chancre et a été plusieurs fois interrompu.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Février.)

Syphylis maligne précoce. — Rupia généralisé.

Auguste M..., âgé de 29 ans, ouvrier de forges, entre le 27 février dans le service de M. Février.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. La constitution est bonne.

Le malade avoue des habitudes alcooliques.

Ce malade a eu un chancre au mois de décembre 1893.

Presqu'aussitôt après le chancre sont apparus, d'après les dires du malade, des boutons qui se sont répandus sur tout le corps, sauf sur les jambes. Le malade n'ayant suivi aucun traitement, les lésions se sont rapidement développées et se sont bientôt changées en pustules.

A son entrée au service le 27 février, le malade portait sur le dos du nez une croûte arrondie, brun verdâtre, stratifiée, ostréacée, de

la grandeur d'une pièce de deux francs. Cette croûte était comme enchassée dans les bords de l'ulcération qu'elle recouvrait; elle était entourée d'un liseré rouge avec infiltration et épaissement, signes que la lésion était en voie d'évolution.

Sur les ailes du nez se trouvaient également des croûtes, mais beaucoup plus petites. Sur le front étaient deux autres croûtes. Sur le corps on voyait une éruption papuleuse et de petites pustules, en même temps que de nombreuses cicatrices déprimées d'anciennes pustules.

Le traitement aussitôt institué, consista en injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Une injection était faite tous les deux jours dans un bras puis dans l'autre, au pli du coude, dans la veine céphalique.

En même temps, on donnait au malade de l'iodure de potassium. La dose quotidienne d'iodure qui était d'abord de 2 grammes, fut poussée jusqu'à 12 grammes, puis ramenée à 6 grammes. En même temps les croûtes étaient recouvertes de compresses boriquées qui avaient pour but, en les maintenant dans une atmosphère humide, de les ramollir, de les faire tomber, et de diminuer les chances d'infection secondaire.

Au bout de quelque temps on constata une amélioration sensible, les croûtes commencèrent à disparaître. Le 19 mars, les croûtes étaient presque toutes tombées, et les ulcérations à peu près entièrement cicatrisées. Le malade se crut guéri et sortit de l'hôpital.

Il rentre au service le 23 avril. A ce moment, le doigt du nez jusqu'aux trois quarts de sa hauteur, et les ailes du nez sont envahis par une croûte brun grisâtre, épaisse, irrégulière, entourée d'un liseré rouge sombre épais et infiltré.

Le malade possède également deux ulcérations sur la face externe du bras gauche. De ces ulcérations, l'une située au-dessus du coude, a la grosseur d'une pièce de cinq francs, tandis que l'autre, beaucoup plus petite et située au-dessous du coude, a les dimensions d'une pièce de deux francs. Deux autres ulcérations siègent, l'une sur la partie externe de l'épaule gauche, l'autre sur l'épaule droite. On voit quatre autres ulcérations à la partie supérieure du dos, deux à droite, deux à gauche. Toutes ces ulcérations sont arrondies ou ovalaires, à bords taillés à pic. Elles ont un fond bourbillonneux, pultacé, et sont entourées d'une zone rouge sombre infiltrée et épaissie.

Toutes ces ulcérations secrètent en abondance un pus fétide, jau-

nâtre, qui souille le linge. Elles sont douloureuses spontanément, mais surtout à cause du frottement du linge contre elles ; de plus, elles se collent au linge, et sont, de ce fait, exposées à des tiraillements qui sont très douloureux et empêchent le malade de dormir.

Sur le front on voit deux cicatrices blanchâtres déprimées à surface lisse traversée par de petits sillons. Sur le tronc on voit également de nombreuses cicatrices déprimées.

Le malade s'est beaucoup surmené pendant sa sortie, il a beaucoup travaillé. Il a passablement maigri.

On institue d'abord le traitement par des frictions mercurielles sur la face interne des bras. Trois frictions par semaine. Bains de barège. Compresses boriquées sur les ulcérations.

20 mai. — Le traitement n'a pas encore donné de résultats. On revient aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure et à l'iodure de potassium, 4 grammes par jour, on augmente de 2 grammes tous les deux jours jusqu'à 10 grammes.

3 juin. — Les ulcérations du bras gauche sont complètement guéries, on voit à leur place des cicatrices rougeâtres ovalaires. Les autres ulcérations commencent également à se cicatriser et les croûtes du nez à tomber.

On cesse les injections intra-veineuses et les remplace par les frictions mercurielles.

L'état du malade va s'améliorant de plus en plus. Le 1^{er} juillet, les croûtes du nez sont complètement tombées, les ulcérations cicatrisées.

Le malade sort de l'hôpital.

Dans ce cas, on peut incriminer tout d'abord comme cause de gravité l'insuffisance du traitement au début. En effet, ce malade est resté trois mois sans aucun traitement ; on peut également regarder comme causes de gravité les habitudes alcooliques du malade, les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu, les travaux pénibles auxquels il est soumis comme ouvrier de forges.

De plus, ce malade a été contaminé par la même femme que celui de l'observation I. Il semble donc que

dans les deux cas, le virus ait une influence particulière sur la gravité de la syphilis.

OBSERVATION III

(Hallopeau et L. Wickham. *Annales de dermatologie*, 1889).

Syphilides ulcéreuses de la face. — Ectropion consécutif.

La nommée B..., âgée de 43 ans, femme de ménage, entre au n° 40 de notre salle Lugol, le 13 février 1888. Elle a toujours vécu à la campagne et n'est à Paris que depuis quatre mois ; elle n'a pas d'antécédents personnels en dehors de la syphilis. Mariée à un homme vigoureux qui n'a jamais eu de boutons sur le corps, elle a, en 1871, un enfant, vivant encore, très bien portant, qu'elle allaite pendant sept mois ; elle donne ensuite le sein pendant cinq mois à un autre enfant d'excellente santé ; enfin, pendant deux mois encore, elle allaite un troisième nourrisson ; ce dernier est chétif, maigre, ses commissures labiales sont ulcérées, son corps est couvert de boutons ; il meurt en bas-âge. Ses parents ont eu six autres enfants qui tous sont nés chétifs et sont morts dès les premiers mois. La mère elle-même est souvent malade. Un mois après le sevrage, il survient au sein gauche de notre malade, au-dessous du mamelon, une petite ulcération de un centimètre de diamètre. Celle-ci dure un mois. Une sage-femme consultée dit que « le mal vient de l'enfant », et donne à prendre une pilule par jour.

La malade ne remarque aucun autre accident pendant quatre ans. Seulement, en 1873, deux ans après, elle accouche d'un enfant maigre, chétif, ayant des ulcérations aux fesses ; il meurt à l'âge de neuf semaines. En 1875, surviennent de nouvelles manifestations spécifiques. Ce sont des ulcérations profondes et étendues qui se forment aux deux jambes et laissent de larges cicatrices pigmentées. Depuis lors, jusqu'en 1879, époque où sont apparues les lésions de la face, la malade a toujours présenté quelque accident. C'est ainsi qu'une néoplasie développée au-dessus du front a laissé une dépression crânienne très marquée. Aucun traitement approprié n'a été suivi jusque là. En 1879, il se produit à la joue droite une saillie indurée qui se ramollit, se perfore et donne lieu à une ulcération ; celle-ci se cicatrice lentement ; de nouvelles gommées paraissent à la racine du nez, aux narines, sur le front ; la face n'est plus qu'un vaste ulcère ; des destructions osseuses se produisent.

Ces lésions ont continué depuis lors leur évolution, envahissant de nouvelles parties à mesure qu'elles se cicatrisent.

A l'entrée de la malade, la plupart des ulcères sont remplacés par des cicatrices qui couturent la face en tous sens.

Cette face offre un type de syphilis mutilante. Le nez n'existe plus ; à sa place est un orifice triangulaire à base inférieure ; la lèvre supérieure est détruite ; les gencives sous-jacentes privées de dents sont échancrées ; l'orifice qu'elles forment est également triangulaire ; ces deux triangles superposés contribuent à donner à la face un aspect étrange. Sur le front on remarque deux dépressions osseuses. Au milieu du tissu cicatriciel il existe de nombreuses ulcérations en activité. A la commissure labiale gauche, on voit une ulcération verticale, profonde, recouverte de croûtes. Sur les bords de l'orifice du nez, les tissus sont ulcérés. Il y a sur toute la limite de la surface cicatricielle, qui occupe la moitié droite de la face et le quart de son côté gauche, des syphilis ulcéreuses, recouvertes de croûtes jaune verdâtres et disposées en groupes. On en voit aussi plusieurs à la limite antérieure du cuir chevelu.

Les paupières, à droite, ne sont plus reconnaissables ; l'œil est encadré dans toute sa périphérie par une surface rouge, humectée de sérosité et de séro-pus.

Le rayon de cette zone atteint presque partout 2 centimètres et dépasse même 3 centimètres dans la partie située entre le globe oculaire et l'aile du nez. Quelques concrétions y adhèrent. Se continuant avec la cicatrice, elle a au premier abord toutes les apparences d'une membrane de bourgeons charnus.

Un examen plus attentif démontre qu'il n'en est rien. Les concrétions sont des mucosités que les pansements font bientôt tomber. L'humidité vient de l'œil.

Le bord de cette surface est absolument plan et contigu aux tissus cicatriciels voisins. On voit, à sa partie supéro-intense, une zone de 3 à 4 millimètres dirigée transversalement, non cicatricielle, ayant l'aspect du bord palpébral.

Sur le bord externe de cette zone, sont implantés plusieurs poils dirigés en haut, formant un arc de cercle à la hauteur du sourcil, mais non dans une disposition symétrique à l'arc du cercle formé par le sourcil du côté opposé.

Sur son bord interne, on voit 5 à 6 orifices de conduits glandulaires. Les poils sont les cils ; les orifices sont ceux des glandes de Meibomius.

En dedans de la rangée d'orifices glandulaires, on distingue l'ampoule lacrymale, et au-dessous un groupe de petites glandes jaunâtres dont quelques-unes sont surmontées d'un poil; elles représentent la caroncule lacrymale. Il résulte de ces faits que la surface rouge n'est autre que celle de la conjonctive renversée en ectropion sur toute la périphérie des deux paupières. La cornée se trouve ainsi à découvert, insuffisamment lubrifiée, nullement protégée. A gauche, la paupière supérieure est saine, et légèrement en ptosis; elle peut recouvrir et protéger la cornée. La paupière inférieure est retractée en ectropion; l'ectropion a ici une étendue moindre que du côté opposé. Sa forme est celle d'une demi ellipse à concavité inférieure.

La vue est légèrement troublée à droite. Le voile du palais et la voûte palatine sont couverts de cicatrices.

Traitement. — Emplâtre de Vigo sur les syphilides en activité; iodure de K, 4 grammes; sirop de Gibert, 2 cueillerées à soupe.

Le 6 mars, grande amélioration. Les syphilides se cicatrisent.

Le 21 mars, il ne reste plus aucune lésion en activité; mais les deux plaques rouges périoculaires n'ont subi aucune régression. Une tentative de greffe avec la peau prise au bras reste infructueuse, comme on devait s'y attendre. La vue se trouble graduellement davantage du côté droit; la cornée s'altère de plus en plus: elle se vascularise et devient opaque.

Le 24 avril, la cécité est complète. Même état des surfaces rouges périoculaires.

Le 31 août, l'état est resté stationnaire.

OBSERVATION IV

(Hallopeau et Wickham. *Annales de dermatologie*, 1889).

Syphilis mutilante. — Ectropion consécutif.

La nommée R..., âgée de 54 ans, laitière, entre le 25 juin 1881, à la salle Lugol, pour une syphilis dont, semble-t-il, l'accident primitif a été inconnu. Elle ne présente aucun signe de syphilis héréditaire. Elle a eu dix enfants, dont le 7^e plus faible que les précédents est mort à 9 mois, après avoir présenté des ulcérations aux mains et aux bras, il est probable que la maladie de la mère remonte à cette grossesse; le 8^e enfant, également faible, n'a vécu que 14 jours. Les deux derniers sont actuellement bien portants et n'ont jamais présenté d'accident cutané.

Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur la santé du mari.

Les premiers accidents dont la malade se souvienne sont des tuméfactions qui lui sont venues à la tête au nombre de trois ou quatre, il y a 12 ans. Ces lésions auraient duré deux mois sans jamais s'ulcérer. Elles s'accompagnaient de violentes douleurs. Il n'en reste aucune trace. Il y a 6 ans ont apparu au cou des ulcérations croûteuses ; elles ont laissé une large surface cicatricielle dont les caractères actuels indiquent nettement la nature spécifique. On lui a donné chaque jour, pendant quatre mois, une cuillerée à soupe d'une solution d'iodure de potassium. Les années suivantes, des lésions ulcéreuses se sont produites sur les jambes. Elles [sont représentées maintenant par de vastes cicatrices très pigmentées. C'est de 1884 que datent les premières lésions de la face et du cuir chevelu.

Elles ont consisté d'abord en des syphilides ulcératives et croûteuses de l'extrémité du nez. Peu de temps après est venue, à la racine du nez, une gomme profonde, pendant l'évolution de laquelle il s'est produit une perte de substance osseuse. C'est ce qui explique actuellement l'aplatissement et l'élargissement très notables de cette partie.

Plusieurs larges gommes ont évolué à cette époque dans le cuir chevelu, au niveau du frontal, détruisant la substance osseuse et laissant à leur place une surface déprimée, cicatricielle, dépourvue de cheveux. La gomme du nez paraît, il y a un an, avoir été le centre d'une plaque de syphilide serpigineuse, se développant excentriquement, présentant une large cicatrice au centre et des syphilides ulcéro-croûteuses à la périphérie, qui est ondulée, serpigineuse.

La malade n'ayant subi aucun traitement pendant cette année, la plaque s'est étendue : elle occupe actuellement tout le front et le nez, la moitié supérieure du côté droit de la face et le quart supérieur du côté gauche, présentant toujours les mêmes caractères : cicatricielle au centre et ulcéreuse à la périphérie. La plaque comprend dans sa surface les deux yeux.

De chaque côté, les rebords des paupières, sous l'influence du travail cicatriciel, ont été attirés en dehors ; ils s'étendent à 3 ou 4 centimètres des globes oculaires. La muqueuse enflammée forme ainsi de chaque côté, une plaque rouge vif, irrégulière, offrant des bourrelets chémosiques très marqués, qui empiètent vers la pupille et recouvrent une partie du globe oculaire normalement visible. Le clignement ne permettant pas à la paupière de cacher les yeux, ceux-ci

sont enflammés ; il y a de la photophobie, la cornée s'altère et la vue est très voilée.

Les rebords palpébraux sont nets, et bien que la plupart de leurs éléments constitutants soient très altérés, il en reste suffisamment pour qu'on ne puisse penser à autre chose qu'à de l'ectropion.

Sous l'influence de 6 grammes de K1 et de deux cuillerées de sirop de Gibert, les syphilides s'améliorent rapidement, mais l'ectropion ne change pas et la vue s'affaiblit toujours de plus en plus. Le 12 juillet la malade sort. Ses syphilides sont guéries mais la vue est totalement perdue.

Dans ces deux cas, la malignité de la syphilique semble due à l'absence de traitement au début de la maladie. Dans le 1^{er} cas, on pourrait aussi l'attribuer au siège extragénital du chancre et à la débilitation due à la lactation prolongée ; dans le 2^e cas on pourrait incriminer la débilitation due aux nombreux accouchements.

Dans les deux cas, l'ectropion a été provoquée par la rétraction des cicatrices périorbitaires. L'évolution de la maladie dans les deux cas permet de suivre dans ses diverses périodes l'ectropion. Quand les cicatrices voisines des paupières viennent à se rétracter, les bords palpébraux sont attirés en dehors, les cartilages tarses basculent. La déviation des rebords palpébraux s'accroît de plus en plus et l'ectropion est complètement formée. La cornée mise à nue s'enflamme et devient opaque, entraînant une cécité complète.

OBSERVATION V

(E. Besnier. *Annales de dermatologie et siphiliographie*, 1892)

Syphilides tuberculo-ulcérautes gangréneuses.

Homme, 23 ans, fumiste. Souche tuberculeuse. Paraît avoir eu dans l'enfance quelques accidents scrofuleux. Excès alcooliques. 3 à 4 litres de vin par jour.

Le malade a toujours eu une bonne santé, de même que ses frères et sœurs.

La syphilis paraît remonter au mois de juillet et daterait, par conséquent, d'environ 6 mois. L'accident initial est passé inaperçu.

Les accidents secondaires ont eu pour début une éruption papuleuse de la face qui s'est étendue en quelques jours au cuir chevelu et dont les éléments se sont ulcérés. Cette éruption date de la fin du mois de septembre. Presque aussitôt les ulcérations se produisent. Elles ont persisté dans le cuir chevelu jusqu'à ces jours derniers, à cause de la malpropreté.

La durée des ulcérations de la face a été moindre. Au front, les cicatrices se touchent presque par leurs bords. Elles sont lisses, déprimées, en cupules, rondes. L'éruption du tronc a été moins confluyente.

Les ulcérations des bras et des avant-bras ont été les premières en date.

Leur apparition a procédé par poussées successives, mais chaque poussée passait par les quatre stades suivants :

1° Une *phase préulcéreuse* dans laquelle se formait l'élément papuleux ;

2° Une *phase ulcéralive* dans laquelle l'élément papuleux était remplacé par une ulcération croûteuse, suintante, à bords surélevés.

3° Une *phase phagédénique* pendant laquelle l'ulcération s'étendait en largeur.

Ce processus était annoncé par une surélévation des bords de l'ulcère qui s'éloignaient progressivement du centre. La suppuration horriblement fétide de l'ulcère formait des croûtes épaisses au centre, mais telle était la rapidité d'extension de ces lésions que la croûte ne rejoignait pas les bords de l'ulcération, laissant à découvert les parties envahies les heures précédente ;

4° Une *phase d'extinction, de regression ou de réparation*. L'ulcération perdait sa couleur violette pour prendre une teinte brunâtre. Si l'on enlevait la croûte du centre on voyait en ce point d'abord se faire une épidermisation qui s'étendait peu à peu jusqu'à rejoindre les bords de la plaie.

Entre le début des lésions ulcéreuses aux bras en novembre et leur terminaison en décembre, il ne s'est pas écoulé un mois.

En même temps commençaient les lésions des membres inférieurs qui furent les plus graves, mais identiques dans leur forme, leur allure. La suppuration fétide y fut en plus grande abondance, et les ulcérations semblèrent plus creuses. De plus, leur confluence fut telle que ces ulcérations primitivement arrondies se soudèrent et qu'en plusieurs points elles formèrent de larges plaques.

Quand le malade entra à l'hôpital, la cicatrisation sur les bras était presque complète, mais l'évolution des syphilides dans les jambes était dans son plein.

Enfin vers le 15 janvier, deux semaines avant l'entrée du malade à Saint-Louis étaient apparues autour des orifices des narines deux ulcérations térébrantes qui débutèrent ainsi.

Dès les premiers jours de janvier, les muqueuses étaient le siège de plaques très abondantes dans le pharynx et probablement aussi dans les fosses nasales.

C'est alors que parut à chaque orifice nasal une ulcération qui grandit et se creusa avec une extrême rapidité. Vers le 20 janvier, l'aile gauche du nez avait disparue, et l'aile droite était fort entamée. Le 28 janvier environ, la cloison fut perforée. Le 2 février, la sous-cloison fut rompue au niveau de la lèvre. Le lobule restait intact et l'extrémité antérieure de la sous-cloison lui restait attachée.

Pendant ce temps, l'hecticité et la privation de nourriture résultant des difficultés de la déglutition, amenaient une diminution de poids de 30 livres pendant les quatre mois de maladie.

Avant son entrée à l'hôpital, le malade est resté sans traitement jusqu'aux derniers jours d'octobre, où il commença à prendre une pilule de 5 centigrammes de protoiodure.

Dans une deuxième série, le traitement consista en bains quotidiens, 2 pilules de protoiodure, 2 cuillerées à bouche de sirop iodotannique et pansement au salol, des ulcérations.

Le 10 janvier, le traitement protoioduré fut remplacé par une cuillerée à café de liqueur de Van Swiéten.

A l'hôpital, le traitement s'est composé de 1 centigramme de sublimé et d'une dose moyenne de 2 grammes d'iodure par 24 heures.

Le corps tout entier du malade a été désinfecté à l'aide de pulvérisations phéniquées.

Les ulcérations ont été lavées à la liqueur de Van Swiéten, puis le corps entier a été pansé avec la poudre composée de parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'amidon avec un millième d'iodoforme. Les membres et le tronc ont été ensuite emmaillotés dans des bandages ouatés.

Les ulcérations du visage et du pharynx ont été cautérisées énergiquement avec des solutions fortes de nitrate d'argent; puis, aussitôt la chute des eschares gangréneuses, badigeonnées et pan-

sées avec du naphthol camphré pur, dont le bienfait a été extrêmement remarquable et rapide.

Cette observation est remarquable par la rapide évolution des tubercules gangréneux, c'est une véritable syphilis gangréneuse.

La gravité semble due aux trois causes réunies chez ce sujet : Les antécédents tuberculeux, l'alcoolisme et l'absence de traitement au début. L'observation est remarquable par l'action rapide du naphthol camphré en application locale.

OBSERVATION VI

Syphilide maligne précoce tuberculo-ulcéreuse

(Taulane, Thèse de Montpellier, 1894)

R... Blaise, âgé de 40 ans, maçon ambulant, entre dans nos salles le 19 janvier 1894.

Rien de particulier à noter du côté des antécédents héréditaires, mais notre sujet est alcoolique et athéromateux, souffre depuis trois ans de fièvres paludéennes qui ont déterminé de l'hypertrophie splénique. Enfin il vit dans des conditions misérables.

La maladie actuelle aurait débuté par un chancre du filet, apparu vers le 10 juillet 1893.

Le malade entre le 14 août à l'hôpital de Cette. Les jours suivants se déclare une céphalée violente, bientôt suivie de l'apparition d'une roséole confluente et de plaques muqueuses sur le voile du palais. Le traitement spécifique est aussitôt institué.

Le 2 septembre, apparaissent à la face, au cuir chevelu et à la barbe, de petits tubercules arrondis violacés, qui s'étendent, les jours suivants, au dos et aux membres.

Dès le 9 septembre, les tubercules du dos et des membres s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes verdâtres ; sous ces croûtes, on trouve des ulcérations taillées à pic, entourées d'une auréole rouge sombre.

Le traitement spécifique ayant été suspendu pendant quelques jours, le malade est pris, le 11 octobre, d'une fièvre à forme intermittente qui résiste à la quinine et ne disparaît que par la reprise du traitement mercuriel.

Le 30 octobre apparaissent des douleurs très vives, à exaspération nocturne, au niveau des tibias et de la partie antéro-supé-

rière du crâne, sur laquelle siège une tuméfaction étendue. Huit jours après se produisent sur cette tuméfaction des ulcérations à bords festonnés, mettant le péricrâne à nu.

En même temps se produisent des troubles cérébraux (amnésie, délire, idées lypémaniques), mais qui disparaissent au bout de quelques jours.

Sous l'influence d'un traitement approprié, une amélioration notable se produit dans l'état des diverses ulcérations qui criblent la peau du malade, et ce dernier quitte, à la fin de novembre, l'hôpital de Cette, presque guéri, sauf en ce qui concerne le cuir chevelu, sur lequel persiste une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Dès lors le malade ne se soigne plus, vit au jour le jour et le 15 septembre, en couchant dans une grange, il se donne un coup à la tête contre une poutre, ce qui devient le point de départ d'une extension considérable de l'ulcération du cuir chevelu.

Le 19 janvier, le malade se présente à nos consultations gratuites et est admis d'urgence dans notre service. Nous constatons un état cachectique avancé, un teint plombé, une vaste ulcération occupant la partie médiane de la région antéro-supérieure du cuir chevelu et empiétant sur le front; cette ulcération, à bords déchiquetés, présente l'aspect d'une sorte de triangle à base postérieure. Sur la face, le tronc et les membres, et plus particulièrement les supérieurs, existent de nombreuses cicatrices, les unes arrondies, de couleur violacée ou blanche, déprimées en leur centre, entourées d'une zone pigmentée; les autres, de forme linéaire ou curviligne, présentant une tendance à la transformation cléloïdienne.

En même temps on constate une rhinite croûteuse, surtout marquée à gauche.

On constitue un traitement à la fois spécifique et reconstituant, par le sirop de Gibert, le vin de quinquina ferrugineux et une bonne alimentation; localement application de compresses au sublimé, remplacées ensuite par l'emplâtre de Vigo; la rhinite est traitée par des injections de sublimé et l'insufflation de poudre de calomel et d'acide borique.

Au bout d'un mois, on peut constater la guérison complète de l'ulcère du cuir chevelu, et une amélioration notable de la rhinite; en même temps, transformation de l'état général qui est devenu excellent.

Cet état se maintient pendant quelque temps; seule la rhinite

persiste ; il y a toujours formation de croûtes que le malade enlève au fur et à mesure.

En février surviennent des ulcérations dans la bouche, aux lèvres, aux piliers du voile du palais. Le sujet devient aphone. On ordonne les gargarismes chloratés.

Le traitement par le sirop de Gibert et les reconstituants, es continué avec quelques intervalles de repos.

En mai, on constate la perforation de la cloison des fosses nasales, laquelle va en s'agrandissant de plus en plus ; l'ulcération gagne les cartilages et toutes les parties environnantes. Le nez devient aplati de plus en plus. Le sens de l'odorat n'existe plus. L'odeur exhalée par le malade est tout à fait repoussante.

Céphalée violente. On augmente les doses de sirop de Gibert jusqu'à 4 cuillerées par jour.

En même temps, apparition, à plusieurs reprises, de poussées nouvelles de boutons tuberculo-ulcéreux, mais très disséminés.

On prescrit des bains de sublimé, un tous les deux jours.

En août, le malade est envoyé à Balaruc pendant un mois. Il y buvait 6 verres d'eau chaque matin ; gargarismes 3 fois par jour. Il a pris 10 bains.

A son retour à l'hôpital de Montpellier, son état général est excellent.

On ne constate plus que les citatrices des éruptions précédentes ; la rhinite est arrêtée dans ses ravages et ne donne lieu à aucune sécrétion. Les plaques ulcérées de la bouche ont disparu. L'appétit est excellent.

Vers le 15 septembre, cet état devenant moins bon, et de nouveaux boutons apparaissant, surtout au-devant de la poitrine, on reprend le traitement spécifique et le traitement local.

Actuellement, 15 novembre, la santé du malade est assez bonne.

Dans ce cas, on trouve comme facteurs de gravité, l'alcoolisme, les fièvres paludéennes et l'état misérable dans lequel vit le malade.

Les accidents ulcéreux se sont développés moins de 2 mois après l'apparition du chancre. Il faut noter aussi l'état général grave et l'action remarquable et bienfaisante du séjour à Balaruc sur l'état général.

OBSERVATION VII

(Publiée par MM. Spillmann et Etienne, de la *Revue médicale de l'Est*, 1895).

Syphilis héréditaire tardive. — Syphilis ulcéreuse très étendue.

Félicien V..., 21 ans, cultivateur, s'est présenté à la clinique le 15 avril 1893.

Toute la partie de la tête située en avant de la ligne bi-auriculaire est totalement dépouillée de cheveux. Le milieu de cet espace est occupé sur une largeur de 13 centimètres et une hauteur de 6 centimètres par un tissu cicatriciel, blanc, brillant, luisant, sans vitalité.

Au-dessus de cette cicatrice est un groupe de trois ulcérations devenues confluentes par leur bord interne, s'étendant sur une largeur de 9 centimètres et une dimension verticale de 5 centimètres à gauche, vaste ulcération polycyclique large de 9 centimètres et haute de 5 centimètres. Cette ulcération arrive en dedans jusqu'à la ligne verticale passant par la pupille et, en dehors, jusqu'à l'oreille dont elle entoure tout le bord antérieur, longeant en bas le rebord orbitaire. A gauche, il existe une ulcération presque symétrique de même aspect, de même forme, ayant 13 centimètres de largeur et 5 de hauteur, arrivant en dehors jusqu'au lobule de l'oreille, en venant rejoindre, vers la racine du nez, l'ulcération précédente, ayant envahi la paupière supérieure en provoquant une adhérence totale de sa face antérieure avec le tissu cicatriciel frontal, d'où ectropion complet.

Toutes ces ulcérations sont à bords arrondis, polycycliques, à parois taillées à pic, profondes de 2 à 4 millimètres, à fond plat, irrégulier, suintant et saignant.

A la partie inférieure du dos, à gauche, débordant un peu la colonne vertébrale à droite, existe un placard ayant 15 centimètres de largeur et 9 de hauteur verticale, rouge violacé, avec nodules croûteux, disséminés, à limites serpigineuses.

La lésion frontale a commencé il y a sept ans par une ulcération médiane qui a duré six mois et a guéri spontanément; puis elle reparut en augmentant graduellement. Depuis trois ans, sa marche est continuellement progressive; à aucun moment elle n'a été douloureuse.

Avant le début de ces manifestations, à l'âge de 14 ans, le malade n'aurait été atteint d'aucun autre accident spécifique; on n'en relève d'ailleurs aucune trace.

Ce jeune homme était amené par sa mère, dont l'histoire et l'aspect étaient bien caractéristiques.

Mariée à 19 ans, elle devint enceinte pour la première fois trois ans plus tard. C'est pendant cette grossesse qu'ont débuté chez elle des accidents pharyngés graves, bien que très peu douloureux.

A ce moment, la voix est devenue nasonnée, les aliments repassaient par le nez ; la luette disparut. Les lésions ulcéreuses ont été traitées pendant sept ans par des cautérisations ; elles se sont ensuite spontanément cicatrisées.

Douze ans après son mariage, le nez s'est écrasé par destruction des os propres, de telle sorte qu'actuellement elle présente un vrai type de nez en lorgnette ; au pharynx les piliers sont accolés par du tissu cicatriciel au fond de la gorge, ne laissant persister qu'un orifice de quelques centimètres de circonférence. Cette femme avoue avoir eu la syphilis.

Elle a eu treize enfants, dont sept sont encore vivants ; six sont morts en bas-âge ; elle a eu une fausse couche intercalée. Le malade actuel est le huitième.

Le 17 avril, première injection de 1 centimètre cube de thymol acétate de mercure à la région fessière ; pansement au sublimé.

Le 22, amélioration notable des ulcérations cutanées, tendant à se combler.

Le 23 avril, les ulcérations se combler.

Le 10 mai, il n'existe plus qu'une petite incision de 3 centimètres de largeur sur 1 centimètre de hauteur, située à droite, au-dessus de l'œil ; une autre de 4 centimètres de largeur sur 2 de hauteur, entre l'œil et l'oreille ; une troisième, presque comblée, de 5 centimètres ; au sommet du front, les érosions très superficielles en îlots sont perdues dans le tissu cicatriciel. L'ulcération dorsale droite n'a plus que 10 centimètres de largeur, s'arrêtant à 3 centimètres en dehors de la colonne vertébrale ; elle est presque cicatrisée.

A ce moment, un érysipèle de la face se déclare et impose un arrêt dans la rétrocession des lésions ; la cicatrisation reprend d'ailleurs après peu de temps.

Le malade quitta le service au mois d'août après avoir reçu dix-huit injections de 1 centimètre cube de thymol acétate. — Revu en novembre, la guérison s'est maintenue.

On voit, d'après cette observation que la syphilis héréditaire détermine les mêmes accidents que la syphilis

acquise. Il faut remarquer l'action très rapide du traitement. Dans cette observation, on voit également que l'érysipèle n'a pas toujours sur les syphilides l'influence curative qu'on lui attribue, puisqu'ici l'érysipèle de la face, au lieu de hâter la cicatrisation, n'a fait que l'entraver.

OBSERVATION VIII

(Même source).

Perforation de la voûte du palais. — Syphilides ulcéro-croûteuses circinées.

Paul A..., 38 ans, tailleur. Le malade ne peut donner aucun renseignement familial; son père et sa mère sont morts jeunes sans autre enfant.

Le malade, très intelligent, avoue avoir eu une blennorrhagie dans sa jeunesse, mais nie absolument avoir eu un chancre. Marié en 1874, il eut un enfant, actuellement âgé de 14 ans; cet enfant a des bosses frontales très développées et a souffert de kératites et d'otite. Les dents sont irrégulièrement plantées. La femme n'a jamais fait de fausses couches.

Depuis l'âge de 18 ans, A... est atteint de lésions ulcéreuses de la gorge.

En décembre 1890, ulcération profonde du voile du palais à fond ichoreux, suintant, fétide, traitée à la clinique, sans aucune réaction, par la lymphé de Koch; on porte le diagnostic de syphilis héréditaire.

En 1893, il existe une sténose rhinopharyngée complète, les cavités nasales ne communiquent plus avec le pharynx; les piliers sont soudés au fond du pharynx. La luette a disparu.

Surdité relative, absence de l'odorat.

Sur le front, il existe une lésion ulcéro-croûteuse nettement circinée au-dessus du sourcil gauche, ayant l'étendue d'une pièce de cinq francs; deux autres bandes analogues siègent vers la naissance des cheveux.

Calvitie résultant de lésions analogues disséminées sur toute l'étendue du cuir chevelu, ayant débuté en 1890 et ayant entraîné la chute des cheveux.

Au niveau du tronc (épaule gauche et partie inférieure du thorax à droite), on constate l'existence de larges plaques circonées ulcéro-croûteuses.

Guérison par les injections de thymol acétate de mercure ; grande amélioration de la troisième injection.

A noter l'influence très rapide du traitement, puisqu'on observe une amélioration après la troisième injection de thymol acétate de mercure.

CHAPITRE VII

Traitement.

L'absence ou l'insuffisance de traitement au début de la syphilis étant, comme nous l'avons vu, une des principales causes du tertiarisme, et par suite des syphilides ulcéreuses tant précoces que tardives, il faudra que toute syphilis soit traitée énergiquement dès le début, et cela pendant un temps assez long. « Il faut, dit Mauriac, commencer la médication spécifique dès qu'il ne restera plus aucun doute sur la nature de l'accident primitif.

Enfin il sera bon de combattre dès le début toutes les conditions hygiéniques ou constitutionnelles qui entrent comme facteurs dans l'étiologie des syphilides malignes.

Le traitement ne doit pas se préoccuper seulement de la maladie générale, il doit aussi s'occuper de la lésion cutanée, il doit également avoir pour but de relever l'état général du malade de façon à le rendre plus apte à lutter contre la maladie. Enfin, dans certains cas, on pourra s'occuper de remédier aux lésions consécutives, aux lésions qui laissent après elles les syphilides, nous étudierons donc successivement.

1° Traitement général.

2° Traitement local.

3° Traitement auxiliaire, hygiénique et tonique.

4° Traitement des lésions consécutives.

1° *Traitement général.*

L'iodure de potassium est le spécifique par excellence du tertiarisme. Il a une action beaucoup plus prompte et

beaucoup plus énergique que le mercure. Mais si l'iodure de potassium a une action bien supérieure au mercure, il ne s'ensuit pas que l'on doive absolument proscrire ce dernier, car il prête à l'iodure de potassium, surtout dans le cas de syphilides malignes précoces, un précieux concours et doit lui être associé.

Les préparations mercurielles sont contre indiquées par la débilité, le mauvais état des voies digestives ; mais alors on pourra l'admettre pour une autre voie que les voies digestives, soit par la peau, soit par le tissu cellulaire, soit par les veines.

M. Fournier conseille de débiter par une dose minimum de 3 gr. d'iodure par jour, et même, s'il s'agit d'une lésion qui menace un organe important tel que le nez, ou si l'on a déjà tâté la susceptibilité du sujet à l'égard de l'iodure de potassium, de ne pas hésiter à donner d'emblée 5 à 6 grammes d'iodure par jour. Si la dose primitive de 3 grammes a été bien supportée, la porter, pour continuer l'effet thérapeutique, successivement à 4 grammes, 5 grammes, 6 grammes, voir même 8, 10 et même 12 grammes, car l'iodure n'agit que quand il est donné à assez forte dose. On pourra même, suivant le conseil de Fournier, s'arrêter à la dose de 6 grammes qui, dit-il, est presque toujours suffisante.

C'est surtout dans les syphilides malignes que le traitement mixte est indiqué. Il est même indiqué d'instituer un traitement intensif. Quand il est bien toléré, ses effets curatifs sont d'une promptitude remarquable. Mais le mercure ne doit être employé qu'avec une extrême circonspection, car il produit quelquefois des effets nuisibles et même toxiques.

L'iodure de potassium améliore presque toujours la

situation avec une merveilleuse rapidité, mais un inconvénient dans son emploi, ce sont les doses élevées qu'il faut en donner et que ne supporte pas toujours l'organisme débilité par les troubles prodromiques. Quand l'iodure de potassium ne produit pas son action thérapeutique dès le début, il faut attendre un moment opportun, attendre que l'organisme soit devenu, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement tonique, plus disposé à concevoir l'action thérapeutique.

La formule qui semble le mieux réussir à Fournier, est la suivante : pilule de Dupuytren et iodure de potassium. On donne 2 à 3 pilules de Dupuytren et 3 à 4 grammes d'iodure de potassium par jour que l'on administre de la façon suivante : 1 pilule avant le déjeuner du matin, 1 pilule avant le diner, 2 grammes d'iodure au déjeuner du midi et 2 grammes à l'heure du coucher.

On peut également prendre le mercure et l'iodure de potassium associés dans une même préparation, telle que le sirop de Gibert par exemple.

On donnera de ce sirop 2 cuillerées par jour. L'inconvénient du sirop de Gibert, c'est d'avoir une saveur trop désagréable.

On peut également associer à l'iodure de potassium les frictions mercurielles avec l'onguent mercuriel double. La dose pour chaque friction sera en moyenne de 4 à 5 grammes. On pourra employer cette méthode quand l'ingestion estomacale sera contre indiquée par le mauvais état des voies digestives. Il est indispensable, dans le traitement par les frictions d'observer la propreté la plus minutieuse, et de prendre au moins deux fois par semaine un bain savonneux.

La balnéation des thermes sulfureux contribue puissamment à l'efficacité des frictions. Ainsi dans les stations sulfureuses d'Aix, de Luchon, d'Uriage, on peut tripler et même quadrupler la dose de 4 grammes d'onguent napolitain, sans qu'il se produise rien de fâcheux du côté de la bouche.

Donc il sera bon d'associer la balnéation sulfureuse au traitement par les frictions mercurielles, dans les cas où l'on voudra produire par ce traitement une mercurialisation intense.

Quand on veut obtenir un effet rapide en même temps qu'intense, on pourra aussi employer concurremment avec l'iodure les injections hypodermiques des sels mercuriels, soit de sels solubles, tels que le sublimé, le peptonate de mercure, le benzoate et le biiodure de mercure, etc., soit des sels insolubles tels que le calomel, l'oxyde jaune, l'huile grise, le thymol-acétate de mercure.

Les injections de sels solubles ont de nombreux inconvénients. Elles sont douloureuses, elles produisent des nodosités sous-cutanées. Avec elles l'élimination du mercure est trop rapide. Enfin elles ont l'inconvénient d'exercer une action toxique sur le tube digestif. Les injections de sels solubles déterminent, en effet, assez souvent des troubles digestifs et intestinaux. Or, c'est précisément pour éviter ces accidents, si communs dans la méthode par ingestion, qu'on comptait sur les injections sous-cutanées. Aussi préférera-t-on aux injections de sels solubles, les injections de sels insolubles.

Celles-ci ont de nombreux inconvénients, douleurs, nodules, abcès ; « mais nous trouverons en elles, à cause de l'action thérapeutique puissante et rapide qu'elles sont

susceptibles de produire, une ressource précieuse chez les grands malades, c'est-à-dire chez ceux dont les organes des sens ou les viscères essentiels à la vie sont menacés, chez ceux dont la figure, le nez, la gorge sont rongés par des syphilides malignes, qui ont résisté aux autres procédés de mercurialisation. » Mauriac.

Dans les cas graves, où il faut obtenir une action rapide on pourra employer, comme chez notre malade de l'observation II, les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Tous les deux jours on injectera dans une des veines du pli du coude, la céphalique, 2 centimètres cubes de la solution suivante :

Cyanure de mercure..... 50 centigrammes.

Eau distillée..... 100 grammes.

Soit un centigramme de principe actif. Cette méthode produit des effets thérapeutiques très rapides et très énergiques. On évitera facilement l'inflammation veineuse par une antisepsie rigoureuse. Pour éviter la pénétration de l'air dans les veines, on prend soin de chasser avant l'injection, tout l'air qui se trouve dans la seringue.

Il ne faut pas oublier, cependant, que l'iodure de potassium est le véritable spécifique des syphilides ulcéreuses, que lui seul est nécessaire et que le mercure n'est qu'un adjuvant.

L'iodure de K sera donné par ingestion stomacale. Pour le faire mieux supporter on le donnera dans du lait. Si l'estomac ne pouvait le tolérer, on le donnerait en lavement composé de 3 à 4 gr. d'iodure pour 300 gr. d'eau avec addition de quelques gouttes de laudanum pour apaiser l'irritabilité du liquide qu'on injectera doucement dans le rectum préalablement nettoyé au moyen d'un lavement simple.

2^o Traitement auxiliaire.

Il ne suffit pas de combattre la maladie syphilitique, il faut aussi remonter l'état général des malades qui sont ordinairement affaiblis, débilités et anémiés par la maladie. Il faut donc réparer leurs forces par une médication tonique et reconstituante, par le quinquina, les ferrugineux, une bonne alimentation.

L'hygiène tiendra aussi une grande place dans le traitement. On recommandera le bon air, le séjour à la campagne. Le malade évitera les excès de toutes sortes, excès de table, excès alcooliques, veilles prolongées, les fatigues corporelles, en un mot toutes les conditions mauvaises qui peuvent entraver la guérison ou donner un coup de fouet à la maladie.

On recommandera aux malades de grands soins de propreté, des bains fréquents pour débarrasser la peau des produits morbides qu'elle sécrète. Il faudra éviter les brusques variations de température, les grands froids aussi bien que les grandes chaleurs.

D'après Diday, l'expatriation en Algérie serait un grand adjuvant de guérison pour nos syphilitiques gravement atteints.

Il faudra faire de l'hygiène morale, c'est-à-dire remonter le moral du malade, toutes les fois qu'il s'abandonne au désespoir, cause nouvelle de débilitation.

Si le malade est en même temps atteint d'une maladie constitutionnelle, telle que la scrofulo-tuberculose, l'impaludisme, l'arthritisme, etc., il faut combattre ces états morbides, mais seulement, dit Mauriac, s'ils ont été mis en éveil par la syphilis, si leurs manifestations s'ajoutent à celles de cette maladie.

Aux scrofuleux, on donnera l'huile de foie de morue, les ferrugineux, les toniques de toutes espèces, les amers. La teinture d'iode est aussi, dans ce cas, une excellente médication qui s'attaque aux deux éléments diathésiques (scrofule et syphilis) de la maladie.

Chez les paludéens, le sulfate de quinine pendant l'accès. Mais surtout l'extrait de quinquina et l'arsenic sous toutes ses formes sont d'excellents auxiliaires de la médication spécifique. On fera prendre, par exemple, deux ou trois cuillerées à soupe par jour de la préparation suivante :

Arseniate de soude	0.10
Sirop de quinquina	300 grammes

On pourra également donner la liqueur de Fowler.

Aux dartreux et aux herpétiques on donnera également l'arsenic et les alcalins.

Chez les syphilitiques rhumatisants on recommandera la médication alcaline, le salicylate de soude.

Les saisons passées aux eaux thermales agissent d'une manière favorable dans les cas de débilitation profonde, et si ce n'est pas par l'action thérapeutique des substances qu'elles renferment que ce résultat satisfaisant est obtenu, c'est au moins par le changement d'air, le changement d'existence, les distractions, l'air pur, le repos intellectuel, le renoncement à de mauvaises habitudes hygiéniques.

Les bains de mer pourront être recommandés chez les individus que l'affection a débilités ou cachectisés, mais il ne faut pas les employer chez des individus nerveux ou menacés du côté des voies respiratoires.

Les bains arsenicaux (La Bourboule) pourront être prescrits chez les herpétiques et les dartreux.

Les eaux sulfureuses (Barèges, Bagnères-de-Luchon, Aix, en Savoie) pourront également être recommandées. Ces eaux ont surtout une action considérable dans les syphilis graves et torpides, chez les cachectiques. Elles exercent une action excitante sur la circulation, action propre à faciliter la résorption des produits morbides. Elles stimulent les fonctions digestives et s'opposent ainsi à la cachexie. Enfin, la pureté de l'air due à l'altitude exerce une action reconstituante, tonique, stimulante, très salubre pour les organismes délabrés. On pourra également recommander les eaux chlorurées sodiques (Balarue, Bourbonne), les eaux chlorurées sulfureuses (Uriage) et les eaux de Vichy, de Plombières, etc.

3^e Traitement local.

A côté du traitement général, le pansement des syphilitides ulcéreuses a une grande importance. On les traite surtout par une antiseptie rigoureuse.

Faut-il conserver les croûtes comme le veut Cazenave ? Faut-il les faire tomber ? Le principal argument des partisans de la conservation des croûtes est que les ulcérations, une fois mises à nu par la chute des croûtes sont douloureuses, prennent un mauvais aspect, s'étendent et se recouvrent bientôt de croûtes nouvelles. On a donc fait un travail inutile et même nuisible. Les défenseurs de l'opinion contraire disent qu'il faut enlever les croûtes parce qu'elles sont une cause permanente d'irritation pour la lésion, parce qu'elles enferment au-dessous d'elles une vaste nappe de pus, qu'elles se collent au linge et s'arrachent par le frottement.

On arrive à débarrasser la croûte de l'ulcération au moyen de quelques bains généraux émollients, au moyen

de cataplasmes de fécule appliqués pendant 12 heures. Les applications de compresses à l'eau boriquée ou même au sublimé, en maintenant la croûte dans une atmosphère humide, la ramollissent, la font tomber et diminuent le danger d'infection secondaire qu'il faut surtout chercher à éviter. On fera donc tomber les croûtes au moyen de compresses boriquées,

Parmi les pansements employés et que nous allons passer en revue, les meilleurs sont ceux qui, tout en exerçant, par les substances qu'ils contiennent une action spécifique sur la surface ulcérée, absorbent les produits purulents qu'elle sécrète en abondance.

Tout pansement doit avoir pour but de réaliser une antisepsie rigoureuse de la lésion, d'en empêcher l'infection et l'invasion par les microbes ordinaires de la suppuration. On se servira de préférence de pansements humides ou occlusifs et rarement de pommades.

Les topiques les plus divers ont été employés pour le pansement des ulcérations syphilitiques, mais on donne généralement la préférence au pansement occlusif au sparadrap de Vigo, et au pansement iodoformé.

1^o Pansement à l'emplâtre de Vigo. — Il est encore appelé pansement par occlusion de Chassaignac. L'occlusion de la plaie doit être complète. Si on se contente d'appliquer sur la plaie un disque de taffetas, celui-ci s'appliquera inégalement sur les anfractuosités, godera, laissera passer l'air et l'occlusion ne sera pas complète.

L'occlusion, pour être parfaite, doit être pratiquée avec de petites bandelettes de taffetas superposées et imbriquées de façon à ne laisser aucun point à découvert.

Le taffetas dont on se sert doit être souple, mince et se

mouler exactement sur les parties malades. La largeur de chaque bandelette sera de 1 centimètre à 1 centimètre et demi au maximum. La longueur variera nécessairement avec l'étendue de la plaie. Les bandelettes doivent être entrecroisées et imbriquées comme les tuiles d'un toit. Le taffetas doit être fraîchement préparé.

Le pansement effectué est recouvert d'une compresse et immobilisé par quelques tours de bande. Si la suppuration est intense, on remplacera le pansement, au début, toutes les 24 heures, mais plus tard seulement tous les deux ou trois jours.

On peut faire précéder chaque pansement d'un bain à 32°-35° d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure. Ce bain débarrasse la plaie du pus qui la souille. Les trois ou cinq premiers jours on donne un bain quotidien, plus tard les bains ne seront donnés que tous les deux ou trois jours, ou même on laissera entre eux un intervalle de plusieurs jours, s'ils affaiblissent le malade.

Également avant d'appliquer le taffetas, on pourra badigeonner la plaie avec de la teinture d'iode, topique modificateur.

Ce pansement a les avantages suivants : 1° il calme pour ainsi dire instantanément les douleurs ; 2° il prévient les complications ; 3° il modère la suppuration ; 4° il modifie les ulcérations qui prennent un mauvais aspect.

D'après Vidal, l'emplâtre de Vigo agit localement par une espèce de compression et par les substances qui entrent dans sa composition. Il modifie l'ensemble de la constitution par le mercure qu'il contient.

Si la plaie présentait un bourgeonnement trop exubérant, on pourrait calmer cette exubérance par des cautérisations superficielles au nitrate d'argent répétées tous

les deux ou trois jours. Si le pansement venait à irriter la plaie on le remplacerait par un autre.

Au lieu de l'emplâtre de Vigo on pourra employer l'emplâtre rouge de Vidal.

Cet emplâtre est ainsi composé :

Minium	2.50
Cinabre	1.50
Emplâtre diachylon	26 grammes.

On pourra également employer l'emplâtre hydragyrique d'Unna qui contient 60 0/0 de mercure, tandis que celui de Vigo n'en renferme que 18 0/0.

Dans un mémoire, le Dr Ehrmann recommande de donner d'abord un bain de une heure, bain contenant 8 à 10 grammes de sublimé, d'envelopper ensuite le malade, pendant une ou deux heures, dans un drap mouillé avec l'eau du bain, et enfin de panser les ulcérations avec le topique suivant :

Emplâtre mercuriel	} aa 20 parties
Emplâtre diachylon simple	
Huile d'olive	q. s.

L'inconvénient est l'absorption du sublimé par les surfaces ulcérées, absorption qui, devenant trop active peut constituer un danger sérieux.

Le pansement à l'emplâtre de Vigo, commode à appliquer aux régions planes, est d'une application difficile aux régions ondulées et mobiles, telles que le nez, les paupières, etc. Dans ce cas, on recourra au pansement iodoformé.

2° *Pansement iodoformé.* — Il consiste à recouvrir la plaie de poudre d'iodoforme, ou de pommade iodoformée, le tout recouvert de coton et fixé par quelques tours de bande.

On pourra prendre une pommade composée de 2 ou 3 grammes d'iodoforme pour 10 de vaseline. Ce pansement calme les douleurs, arrête la suppuration. Il est plus simple et moins dispendieux que le précédent.

3° Pansement mixté. — On a songé à associer le pansement occlusif et le pansement iodoformé.

On saupoudre d'abord les plaies de poudre d'iodoforme, puis on applique par-dessus le pansement occlusif.

Pour les cas ordinaires ce pansement mixte n'est pas nécessaire, un seul des deux pansements suffisant ordinairement. Il pourra rendre de grands services dans les cas rebelles.

Ces deux pansements seront employés dans la plupart des cas. Ce n'est que quand ils n'auront pas réussi qu'on pourra avoir recours à d'autres topiques.

En raison dans sa mauvaise odeur et de sa toxicité, on a cherché à remplacer l'iodoforme par d'autres antiseptiques. On a employé entre autres l'*europène*.

L'*europène* a sur l'iodoforme les avantages suivants : son odeur peu prononcée et non désagréable, sa non toxicité. On peut l'employer en poudre qui est irritante ou en pommade, ce qui est préférable ; par exemple, une pommade comprenant 1 gramme d'*europène* pour 50 de vaseline. On peut l'employer aussi à des doses plus fortes, 2 à 6 grammes d'*europène* pour 30 de vaseline ou 2 à 3 grammes pour 30 d'huile d'olives. Mais il vaut mieux employer la dose de 1 gramme pour 50, car à dose plus élevée, l'*europène* provoque de l'irritation de la peau et de l'érythème.

Peroni et Bovero ont obtenu de bons résultats de l'*euphorine* ou *phényruléthane*. Ils l'emploient : 1° en pom-

made à base de lanolive ou d'axouge à la dose de 10 à 20 grammes 0/0 ; 2° en poudre fine ou en solution alcoolique à la dose de 10 ou 50 grammes 0/0 ; 3° en savons.

L'euphorine, d'après eux, supprimerait complètement la suppuration des parties sur lesquelles elle est appliquée ; elle fait cesser très rapidement l'odeur désagréable des lésions. Les ulcérations se détergent, deviennent granuleuses, prennent une coloration moins rouge qu'avec l'iodeforme, et ne sont le siège d'aucune douleur. Lorsqu'il y a une sécrétion purulente abondante, cette sécrétion devient uniquement séreuse. Les granulations qui se produisent sur la surface ulcérée sont de dimensions égales, et la cicatrice qui leur succède est bien plus unie qu'avec tous les autres moyens de traitement. C'est donc un topique à employer.

On pourra également employer des pommades à l'*aristol*, à l'*ichthyol*, au *calomel*, et à l'*oxyde de zinc*.

On a préconisé également le *sulfure de carbone* dans le pansement des ulcères syphilitiques. Guillaumet (thèse, Paris 1876) ajoute l'iode au sulfure de carbone.

Il employait la formule suivante :

Sulfure de carbone	10 gr.
Iode	1

ou bien :

Sulfure de carbone	16 gr.
Teinture d'iode	4
Essence de menthe.....	4

On imbibe du liquide un morceau de charpie qu'on promène rapidement et légèrement sur la surface de l'ulcère que l'on recouvre immédiatement de poudre de

sous-nitrate de bismuth qui a un triple but : isoler les parties; diminuer l'évaporation du médicament, et enfin diminuer la suppuration, nettoyer les plaies.

Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie qu'on maintient par un pansement approprié. Ainsi employé le sulfure de carbone serait, d'après l'auteur, un excitant de la vitalité des tissus, et il réussirait bien dans les ulcérations les plus rebelles de la syphilis.

Gaujot a réussi à guérir par l'application de *chlorate de potasse* un cas qui avait résisté à tous les moyens thérapeutiques. Le pansement fut fait avec un morceau de charpie imprimée d'une solution de chlorate de potasse à 40/0.

Ce moyen calma rapidement les douleurs et amena une cicatrisation rapide.

Le *cautère*, comme le recommande Rollet, a souvent donné des résultats favorables. Il en est de même des divers caustiques, tels que le *chlorure de zinc* préconisé par Rollet et Diday, la *teinture d'iode*, etc.

Charlouis a obtenu de bons résultats dans un certain nombre de cas de gommès ulcérées, en badigeonnant tour à tour les ulcères avec la *teinture d'iode* et la *pommade mercurielle*. Cet heureux résultat serait dû, selon lui, à l'*iodure de Hg.* produit à l'état naissant au niveau de la plaie.

On a encore employé (Maison. Thèse, Paris 1882) le sous carbonate de fer en poudre, qui a donné de bons résultats.

Dujardin-Beaumetz obtint un succès complet avec l'*hydrate de chlorate* en solution à 10/0 dans un cas où l'odoforme avait échoué.

Vidal a employé la pommade suivante qu'il appliquait une fois par jour.

Acide pyrogallique..... 10 à 20 gr.

Axonge ou vaselise..... 100 gr.

Cette pommade détermine une légère cautérisation et arrête le phagédénisme.

Besnier recommande les applications de *naphтол camphré*. Dans un cas de syphilides tuberculo-ulcéranes gangréneuses (observation V), les ulcérations du visage et du pharynx ont été cautérisées avec une solution forte de nitrate d'argent, puis, aussitôt après la chute des eschares gangréneuses, badigeonnées et pansées avec du naphтол camphré dont le bienfait a été extrêmement remarquable et rapide.

Besnier recommande également le pansement des ulcérations syphilitiques avec la poudre suivante :

Amidon en poudre..... 980 gr.

Calomel à la vapeur..... {

Iodoforme en poudre impalpable. { a a 10 gr.

Zeissl préconise la poudre suivante :

Iodoforme..... 15 centigrammes.

Sucre de lait..... 10 grammes.

M. P. Spillmann a pratiqué le *ráclage* avec la curette de Volkmann chez deux malades atteints de syphilides ulcéreuses et serpigneuses anciennes, qui avaient résisté à tous les traitements employés. Il fit ensuite un traitement avec des compresses trempées dans la liqueur de Van Swiéten dédoublée, qui amenèrent une cicatrisation rapide et persistante.

Lallier employait la pommade suivante :

Axonge..... 199 gr.

Iodure de potassium..... {

Biiodure de mercure..... { a a 50 centigr.

Il employait également les pommades à 1 pour 100, 1 pour 50, 1 pour 25.

Le seul défaut de cette pommade est de déterminer de vives douleurs.

On peut également saupoudrer les ulcères avec un mélange à parties égales de calomel et d'oxyde de zinc, puis recouvrir d'un pansement au calomel.

Un autre moyen auquel on pourra avoir recours c'est le chlorure de zinc, dont Hœnk de Bresleau s'est servi le premier. Arm. Desprès et Lallier l'ont employé également. On peut l'employer soit sous forme de pâte, soit endeliquium. Lallier a guéri avec le chlorure de zinc 2 malades atteints de syphilides ulcéreuses.

On n'aura guère recours à ces substances que lorsque le pansement exclusif et le pansement iodoformé auront échoué, car c'est à ces deux pansements qu'on doit avoir recours tout d'abord.

Le phagédénisme tertiaire réclame les mêmes moyens thérapeutiques que les syphilides qu'il complique. On emploiera contre lui l'iodure de potassium à haute dose, la médication hygiénique et tonique, la balnéation répétée tous les jours au début, puis tous les 2 ou 3 jours.

Comme traitement local, on emploiera le pansement occlusif ou bien le pansement iodoformé qui réussissent dans presque tous les cas.

On pourra aussi employer le pansement à la solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 ou 1 pour 150, ou encore aux badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode. Si toutes ces tentatives restaient infructueuses, on aura recours aux caustiques tels que la pâte de Vienne, la

pâte carbo-sulfurique ou pâte de Ricord, le chlorure de zinc, ou aux cautésérisations avec le fer rouge.

On a également employé contre le phagédénisme le chlorate de potasse, le coaltar, le vin aromatique, le chloral, le chloroforme, la poudre de camphre, la compression avec des lamelles de plomb, l'irrigation continue, les bains farodiques, etc.

Un autre mode de traitement des syphilides est le traitement par la chaleur qui a surtout été étudié par les médecins russes. Les thèses des docteurs Borowky et Kalashnikoff ont trait à cette question.

D'après Borowsky le traitement par la chaleur sèche ou humide vient en aide de la façon la plus efficace au traitement mercuriel et au traitement mixte. Il est donc bon de recommander aux malades un ou deux bains chauds chaque semaine avant de se mettre au lit.

Kalashnikoff a montré que des lésions secondaires et tertiaires soumises par lui à une température de 47° 2 et 47° 7 disparurent plus rapidement que par le traitement mercuriel. Quand on emploie à la fois le mercure et la chaleur, l'action est encore plus prompte. Ces effets curatifs tiennent sans doute, dit-il, à l'accélération de la circulation sanguine et à l'élévation de la température du corps qui modifient et activent les transmutations intimes dans les tissus malades ; il est probable aussi que la chaleur détruit le virus syphilitique. Dans les syphilis graves, rebelles à la médication spécifique, il est certainement indiqué de faire appel aux modifications heureuses que peut produire la chaleur. Pour cela les bains de vapeur et d'air chaud seraient supérieurs aux bains simples. La chaleur permettrait d'augmenter la dose des spécifiques et de l'élever jus-

qu'au degré intensif, car elle accélère leur circulus à travers l'organisme.

Sérothérapie. — La sérothérapie quoiqu'ayant déjà donné de bons résultats, n'en a encore pas donnés d'assez probants, pour pouvoir être acceptée comme méthode de traitement. Tommasoli se servait de sérum d'animaux réfractaires à la syphilis, entre autres le veau et le mouton. Le malade recevait en tout 6 injections de 2 à 8 centimètres cubes de sérum dans la région fessière. Les résultats furent très satisfaisants.

Pellezari se sert de sérum de syphilitiques.

Feulard fit l'expérimentation de cette méthode à Saint-Louis en 1891. Le sérum, dont il se servait, était du sérum de chien et ne devait pas avoir plus de 4 à 5 jours. Il en injectait un centimètre cube à la fois dans la fosse rétro-trochantérienne, et cela tous les 2 jours. Il remarqua que les injections de sérum agissent en relevant l'état général comme un excellent tonique. Il en conclut que les injections de sérum doivent être employées comme adjuvant de la médication spécifique. C'est une médication précieuse par ses bons effets toniques et nutritifs.

G. Richet et Héricourt recommandent (société de biologie, 1895), les injections de sérum antisypilitique dans le traitement des syphilis graves, rebelles à la médication classique. Dans 2 cas, ils ont obtenu de bons résultats avec le sérum provenant d'un chien tué, au 6^e jour qui a suivi l'injection intraveineuse de 20 centimètres cubes de sérum d'homme syphilitique porteur d'un chancre et en pleine éruption rubéolique.

Outre la guérison des lésions, on remarqua en même temps une amélioration remarquable de l'état général.

On observa de l'embonpoint et la disparition d'un état antérieur d'anémie accentué.

La médication sérothérapique, si elle ne peut constituer à elle seule tout le traitement de la syphilis, pourra être employé dans beaucoup de cas de syphilis maligne, sinon pour son action spécifique, du moins pour son pouvoir tonique et reconstituant. C'est donc un excellent adjuvant de la médication spécifique, qui permet souvent une action efficace de cette médication, auparavant insuffisante.

4° Traitement des lésions consécutives

Les syphilides ulcéreuses laissent à leur suite des mutilations nombreuses qui varient avec le siège de la lésion, et que Fournier désigne sous le nom de postsyphilitiques. A ces mutilations il faut remédier dans la mesure du possible, soit parce qu'elles entravent le fonctionnement des organes, soit parce qu'elles défigurent le malade et lui font prendre la vie en horreur. Au nombre de ces mutilations se trouvent l'ectropion et la perte du nez qui sont les plus fréquentes.

L'ectropion est produit par la rétraction des cicatrices. Les paupières renversées en bas ne remplissent plus leur rôle de protection vis-à-vis de la cornée qui s'enflamme, se vascularise, devient opaque, et amène rapidement la perte de la vue. Dans ces cas d'ectropion inférieur on n'a en général pas à intervenir, car la paupière supérieure s'abaisse beaucoup plus bas et vient suppléer en partie la paupière inférieure. Ce n'est donc que dans le cas où la cornée serait insuffisamment protégée par la

paupière supérieure qu'on pourrait avoir recours à l'autoplastie pour refaire une paupière inférieure.

La destruction du nez est une infirmité autrement redoutable, parce qu'elle met le malade en dehors de notre vie sociale. En effet, l'aspect de l'intérieur des fosses nasales, de la muqueuse rougeâtre couverte de mucus, causent un dégoût profond à tous ceux qui approchent l'individu affligé de cette infirmité. La vie devient insupportable au malade lui-même. Si c'est un ouvrier, il verra tous les ateliers se fermer devant lui, il lui sera donc impossible de gagner sa vie. Dans de tels cas la rhinoplastie prend donc une importance considérable, et si elle ne donne pas au malade un nez parfait, elle a du moins, l'avantage énorme de recouvrir l'orifice béante qui siégeait au milieu de la face.

La prothèse peut également rendre des services, mais on n'y aura recours que lorsque toute opération autoplastique est impossible, car le plus simple opercule en peau vaut mieux que le plus beau nez artificiel. Pour pratiquer une opération chez un syphilitique, il faudra attendre que la guérison de la syphilis soit complète, car on risquerait de provoquer par une intervention prématurée, la réapparition, au point opéré, de ces syphilides ulcéreuses que l'on a déjà eu tant de peine à combattre. On sait, en effet, que le traumatisme, qu'il soit chirurgical ou accidentel, a pour résultat, chez les syphilitiques, de réveiller la diathèse endormie, et de provoquer la réapparition des syphilides à l'endroit frappé. Il faut donc, avant d'opérer, continuer le traitement encore quelque temps après que toutes les manifestations de la syphilis ont disparu. La rhinoplastie simple est à peu près abandonnée aujourd'hui, car les nez s'affaissent et s'ékra-

sent. On peut pratiquer, quand cela est possible, la rhinoplastie sur appareil prothétique telle que l'a imaginée Martin de Lyon et qui donne de très beaux résultats.

On sait que trois méthodes de rhinoplastie se disputent la faveur des chirurgiens. Ce sont la méthode française, la méthode indienne et la méthode italienne.

La méthode française ou méthode par glissement est rarement applicable dans le cas de syphilis. On sait, en effet, que les lambeaux doivent être pris de chaque côté sur la joue d'après le procédé de Nélaton. Or, le plus souvent les joues ont été le siège de syphilides ulcéreuses qui ont laissé des cicatrices adhérentes au plan profond, comme dans notre observation I, ces cicatrices, en se rétractant, entraînent même souvent en bas la paupière inférieure ; on ne pourra donc emprunter de peau à une région qui en manque déjà elle-même et on sera obligé d'avoir recours, soit à la méthode indienne, soit à la méthode italienne.

La méthode indienne qui emprunte le lambeau au front est la méthode de choix. En effet, la peau du front est d'une dissection facile, elle est solide, richement vascularisée. Mais il y a un inconvénient, c'est que souvent la peau du front est couturée de cicatrices qui peuvent en rendre la dissection difficile ou même impossible, on sera alors obligé d'emprunter la peau à une autre région, par exemple au bras comme dans la méthode italienne.

L'appareil prothétique une fois construit, on taille le lambeau autoplastique. La forme et la grandeur de ce lambeau varieront avec l'étendue de la perte de substance.

Après l'opération on maintient le calibre des ouvertures du nez avec de petits rouleaux de gaze iodoformée imprégnés de vaseline.

Le pansement ne doit pas exercer une pression trop grande, pression qui pourrait causer la gangrène du lambeau autoplastique.

M. Forgues donne les résultats d'opérations rhinoplastiques pratiquées chez six syphilitiques, presque tous atteints de syphilis héréditaire.

Chez cinq, l'opération avait complètement réussi et l'appareil restait en place sans gêne, sans douleur, après 9 mois, 1 an et même jusqu'à 3 ans. Un seul dut être réopéré trois fois, la dernière opération nécessitée par la mortification d'une partie des lambeaux, et la mise à nu du support fut heureusement suivie d'un résultat favorable.

Les cicatrices, quand elles siègent aux membres ou aux mâchoires peuvent gêner les mouvements de ces parties. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'une cicatrice du pli du coude. Cette cicatrice, en se rétractant, détermine la flexion forcée de l'avant-bras, sur le bras. Si elle siège à l'angle des mâchoires, elle empêche celles-ci de s'ouvrir. On commence alors par enlever le tissu cicatriciel de manière à redresser le membre, s'il s'agit d'un membre. La surface saignante sera recouverte, soit d'un lambeau autoplastique, emprunté à une région voisine, soit de greffes pratiquées suivant la méthode de Thierch.

En résumé, la thérapeutique de la syphilis ulcéreuse ne doit pas simplement se préoccuper de guérir les manifestations de la diathèse, d'en prévenir les retours dans la mesure du possible et de donner à l'organisme

les moyens de résister à de nouvelles poussées, elle doit aussi se préoccuper des mutilations que ces lésions ulcéreuses laissent à leur suite, et y remédier autant que possible.

Vu :

Le Président de la thèse,

E. DEMANGE.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 15 juillet 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASTRUC. — De morbo venere, 1736.
- ALIBERT. — Traité des dermatoses, t. II.
- BAUMÈS. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes, 1840.
- CAZENAVE. — Traité des syphilides, 1843.
- BASSEREAU. — Affections de la peau symptomatiques de la syphilis.
- BAZIN. — La syphilis et les syphilides, 1866.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1866.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes.
- GUIBOUT. — Leçons cliniques sur les maladies de la peau.
- LAGNEAU. — Exposé des symptômes de la maladie vénérienne.
- HARDY. — Traité des maladies de la peau.
- ROYER. — Traité des maladies de la peau, t. II.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- DIDAY. — Histoire naturelle de la syphilis.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi, 1883.
- FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive.
- MAURIAC. — Traitement de la syphilis, 1896.
- CL. MARTIN. — De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires.
- DUBUC. — Thèse de Paris, 1864. Les syphilides malignes précoces.
- GARRIGUE. — Thèse Paris, 1870. — Influence des maladies aiguës sur les diathèses, en particulier la syphilis.
- RENAULT. — Thèse Paris, 1874. Essai sur l'influence de l'alcoolisme, sur le développement de plusieurs groupes d'affections cutanées.
- FRANCHIS. — Thèse de Paris, 1875. Emploi du chlorure de zinc contre les syphilides tuberculo-ulcéreuses.
- L.-H. PETIT. — Thèse Paris, 1875. De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.

MORET. — Thèse Paris, 1873. Manifestations de la syphilis chez la femme enceinte.

ORY. — Thèse Paris, 1876. Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces.

GUILLAUMET. — Thèse Paris, 1876. Traitement des ulcérations chroniques par le sulfure de carbone.

GOUTARD. — Thèse Paris, 1878. Du léontrasis syphilitique.

PICHARD. — Thèse de Paris, 1879. Du phagédénisme tertiaire.

RÉVILLET. — Thèse Paris, 1879. Syphilis chez les dartreux.

OTT. — Thèse Paris, 1881. De la syphilis anormale grave.

MAISON. — Thèse Paris, 1882. Traitement local des ulcérations syphilitiques par le sous-carbonate de fer.

BOURDIN. — Thèse de Paris, 1883. Contribution à l'étude des principaux facteurs de gravité de la syphilis.

LAINÉ. — Thèse Paris, 1886. Contribution à l'étude des circonstances aggravantes de la syphilis.

ARNAUD. — Thèse Paris, 1886. Influence du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète.

RAVOL. — Thèse Paris, 1886. Évolution de la syphilis chez les albuminuriques.

BIDON. — Thèse Paris, 1885. Du syphilome hypertrophique diffus.

BAUDOUIN. — Thèse de Paris, 1889. Contribution à l'étude des syphilides graves précoces.

TAULANE. — Thèse de Montpellier, 1894. Contribution à l'étude des syphilides malignes précoces.

VIDAL. — *Bulletin de thérapeutique*, 1853. De l'ulcère phagédénique et de son traitement par l'emplâtre de Vigo.

GAUYOT. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1865 et *Bulletin de thérapeutique*, 1865. Guérison d'ulcères phagédéniques par le chlorate de potasse.

LEGEDANK. — *Gazette des hôpitaux*, 1871. Gommès syphilitiques au point de vue de l'histologie pathologique.

MAURIAC. — *Gazette des hôpitaux*, 1873. Influence curative de l'érysipèle sur les manifestations de la syphilis.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Bulletin de thérapeutique*, 1873 et *Union médicale*, 1874, t. I. Traitement des syphilides ulcéreuses par l'hydrate de chloral.

ADRIEN CHARPY. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1875-1876. Gommès cutanées.

FOURNIER. — *Gazette hebdomadaire*, 1874. Syphilides gommeuses, leçon analysée par Schwartz.

LALLIER. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1875. Traitement des syphilides tertiaires par l'iodure double de potassium et de mercure.

HARDY. — *Gazette des hôpitaux*, 1876. Syphilide tuberculo-ulcé-rante gangréneuse.

GUIBOUT. — *Gazette des hôpitaux*, 1877. Syphilis maligne galopante.

GOSSELIN. — *France médicale*, 1877. Syphilis galopante.

BESNIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1878. Syphilis secondaire anormale ou maligne.

FOURNIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1879. Phagédénisme tertiaire.

CAILLERET. — *Union médicale*, 1880. Syphilis grave de la peau précoce ou tardive.

VERNEUIL. — Communication au Congrès international de Londres, 1881. Influence des diathèses sur la syphilis.

QUINQUAUD et ULMANN. — *Annale de dermatologie et syphiligraphie*, 1881. Syphilis des gens âgés.

HARDY. — *Gazette des hôpitaux*, 1881. Syphilis tertiaire maligne.

VIDAL. — *Union médicale*, 1881. Traitement des ulcères syphilitiques.

MAURIAC. — *Gazette des hôpitaux*, 1882. Causes locales des syphilides.

HORTELOUP. — *Gazette des hôpitaux*, 1879. Des syphilides ulcé-reuses.

MAURIAC. — *Gazette des hôpitaux*, 1883. Phagédénisme tertiaire.

DE SINÉTY. — Société de biologie, 1883. Guérison de la syphilis par les maladies infectieuses.

GUIBOUT. — *Gazette des hôpitaux*, 1883. Syphilides et scrofulides.

SPILLMANN. — *Gazette des hôpitaux*, 1883. Traitement des syphilides ulcéreuses par le râclage.

FOURNIER. — *Semaine médicale*, 1886. Des facteurs de gravité de la syphilis.

FOURNIER. — *Annales de dermatologie*, 1886. Syphilis héréditaire tardive.

LELOIR. — *Progrès médical*, 1886. Causes de gravité de la syphilis.

FOURNIER. — *Bulletin de thérapeutique*, 1887. Traitement des syphilides gommeuses.

GEMY. — Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888. In *Annales de dermatol. et syphil.*

FOURNIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1887. Syphilides tertiaires.

MARFON et TOUPET. — *Ann. de dermat. et de syph.*, 1890. Contribution à l'étude des gommes et accidents tertiaires.

HALLOPEAU et WICKHAM. — *Ann. de dermat. et syph.*, 1889. De l'ectropion consécutif à la syphilis mutilante de la face.

FOURNIER. — *Gazette médicale de Paris*, 1893 et 1894. Tertiarisme précoce.

FOURNIER. — *Bulletin médical*, 1894. Étapes ultimes de la syphilis.

MAURIAU. — *Gazette des hôpitaux*, 1894. Balnéation dans le traitement de la syphilis.

CH. R. ICHET et HÉRICOURT. — Société de biologie, 1895. Scrothérapie dans la syphilis.

CHAUVEL. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894. Sur un mémoire du docteur Forgues concernant la rhinoplastie métallique.

SPILLMANN et ÉTIENNE. — *Revue médicale de l'Est*, 1895. Observations de syphilis héréditaire tardive.

GRABOWSKY. — *Annales de dermatologie*, 1896. Emploi simultané de l'onguent gris et des bains sulfureux.

D^r JULIANO MOREIRA. — *Annales de dermatologie*, 1895. Communication à la Société de médecine et de chirurgie. Saturnisme et syphilis maligne.

NEISSER. — Congrès allemand de dermatologie. In *Ann. de dermat. et syph.*, 1896. Causes prédisposantes de la syphilis.

NEUMANN. — Collège des médecins de Vienne. In *Annales de dermatologie*, 1896. Pathogénie de la syphilis tertiaire au point de vue du traitement.

BARTHÉLEMY et BALZER. — Article syphilis du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

CULLERIER et BARD. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article syphilis.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

HEBRA et KAPOSI. — Traité des maladies de la peau, t. II. Traduction de Doyon.

H. v. ZEISSL. — Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis.

M. v. ZEISSL. — Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen venerischen Krankheiten.

KAPOSI. — Syphilis der Haut.

FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes, traduction de Doyon et Spillmann.

KAPOSI. — Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus (Wien. med. Woch., 1877). In *Ann. de dermat. et syph.*, 1879-80 (Spillmann).

AUSPITZ. — Ueber lupus syphiliticus und scrofulosus. Wien. mediz. Presse, 1878.

DURRANT. — Syphilitic eruptions. *British med. journ.*, 1865, t. 1.

KATZER. — Syphilitic Lupus. *Archiv. of dermatologie*, 1879.

YEMANS. — Tubercular syphilitic eruptions of the face. *Archer. of Dermat.*, 1880.

LESSER. — Die Oëtiologie der tertiären Syphilis. *Correspondenz. Blatt. f. Schweiz. Aertzte*, 1893. In *Ann. de dermat.*, 1894.

G. PERONI et R. BOVERO. — *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, juin 1891. *Ann. de dermat.*, 1892.

NOLDA. — Therapeutische Monatshefte, 1891. Ueber therapeutische Erfahrungen mit Europhen. *Ann. de dermat.*, 1892.

SCHISCHA. — Wien. medizinische Woch., 1895. Quelques cas de syphilis maligne.

OEFFLEIN. — Europhène. Congrès de Nuremberg, 1892. *Annales de dermatologie*, 1894.

